

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 18 juin 1886, à 1 heure

Par LOUIS LEGRAND

Né à Montauban, le 16 août 1854.

SYPHILIS ET GROSSESSE

ESSAI SUR LA SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur,
RECLUS, A. ROBIN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

212

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 18 juin 1886, à 1 heure

Par LOUIS LEGRAND

Né à Montauban, le 16 août 1854.

SYPHILIS ET GROSSESSE

ESSAI SUR LA SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. } LANNELONGUE, professeur,
RECLUS, A. ROBIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULEBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRÉLAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire.

M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. GUEBHARD	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-
BOUILLY	HALLOPEAU	PINARD	DESSAIGNES
BUDIN	HANOT	POUCHET	RICHELOT
CAMPENON	HANRIOT	QUINQUAUD	RICHET
CHARPENTIER	HUMBERT	RAYMOND	ROBIN (Albert)
DEBOVE	HUTINEL	RECLUS	SEGOND
FARABEUF, chef	JOFFROY	REMY	STRAUS
des travaux	KIRMISSON	RENDU	TERRILLON
anatomiques	LANDOUZY	REYNIER	TROISIER
GARIEL	LUTZ		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENTE MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance filiale

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de médecine
Médecin des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. HUMBERT, FERNET, BOUILLY, DUGUET,
PROUST, PINARD

A M. LE DOCTEUR LE ROY DES BARRES

Chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Denis

A M. LE DOCTEUR DUPUY

Médecin en chef de l'hôpital de Saint-Denis

A MES AMIS

SYPHILIS ET GROSSESSE

ESSAI SUR LA SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE

INTRODUCTION

L'influence des maladies sur le développement de la grossesse et sur le produit de la conception a donné lieu à bien des travaux et cette abondance s'explique aisément par l'importance même du sujet.

L'influence de la syphilis a été une des plus étudiée et a suscité de maîtres éminents des travaux considérables. Si nous avons aujourd'hui osé aborder un des côtés de la question, c'est moins sur nos propres forces que sur la bienveillance de notre excellent maître, M. le Professeur Fournier, et sur l'indulgence de nos juges que nous avons compté.

Dans cette vaste question bien des points demandaient à être élucidés ; plus nous avons pénétré dans cette étude et plus nous avons vu combien était complexe et lourde la tâche entreprise et combien devenaient insuffisantes nos propres forces pour mener à bien notre travail.

Aussi n'avons-nous pu nous empêcher de faire de grandes restrictions : pour établir des conclusions générales il

nous eût fallu un bien plus grand nombre d'observations ; nous nous sommes donc borné à un rôle beaucoup plus modeste, nous contentant de réunir en plus grand nombre possible, les faits qu'il nous a été donné de trouver.

Amené à parler de la théorie parasitaire, nous aurions dû chercher à établir la confirmation du bacille décrit ; quant aux expériences de filtration placentaire, notre raisonnement n'a pu reposer que sur l'analogie.

La méthode expérimentale, en effet, ne pouvait nous prêter jusqu'ici qu'un bien faible concours, car l'on sait combien les animaux en général sont réfractaires à la syphilis ou tout au moins combien cette maladie présente une forme dissemblable.

Nous avons donc été obligé d'examiner ce qui se passait dans d'autres maladies et pour cela nous avons recherché avec le plus grand soin les travaux et les expériences faits pour démontrer le passage des éléments figurés et des maladies virulentes à travers le placenta.

Nous avons examiné dans une série de faits l'influence que la syphilis avait eue sur le produit de la gestation, lorsque la mère s'était trouvée infectée dans le cours même de la grossesse, et recherché s'il était possible d'établir une limite d'infection pour le fœtus. L'enfant est-il toujours contaminé, l'est-il avec une égale intensité suivant le mois de la grossesse où la mère s'est trouvée infectée ? Peut-il l'être lorsque les échanges nutritifs entre la mère et l'enfant deviennent moins grands ? Telles sont, comme on le voit, un très grand nombre de questions, un grand nombre de points qui demandaient à être élucidés et que nous avons été obligé de réserver.

L'agent morbide de fraîche date est-il aussi funeste pour le fœtus et y a-t-il lieu d'établir, au point de vue de la gravité, une distinction entre la syphilis ante et post-conceptionnelle ?

Questions très délicates, mais présentant en revanche un grand intérêt tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique ; ici, le praticien se trouve en présence de deux existences et si celle de l'une n'est pas à proprement parler en danger, celle du nouvel être, au contraire, se trouve dans un péril extrême. Par un rôle actif souvent le praticien pourra exercer une grande influence.

Nous n'envisagerons pas toutefois la question au point de vue de l'influence du traitement sur la syphilis contractée pendant la grossesse. Cette question nous entraînerait beaucoup trop loin, nous nous bornerons à dire que les avis ont été bien partagés, mais que pour notre part nous pensons que non-seulement la femme dans ce cas doit être traitée, mais même doit l'être avec énergie.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier hautement notre excellent maître M. le professeur Fournier de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le courant de nos études, des conseils et des nombreux documents qu'il a bien voulu nous donner pour mener à bonne fin le sujet qui constitue notre travail inaugural.

Quelques documents ayant nécessité certaines traductions et recherches, nous les devons à nos amis MM. les docteurs Chapuis, Morel-Lavallée et Potocki ; nous les prions donc d'accepter ici nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL SUR LA GROSSESSE ET LE FŒTUS.

Rappelons en peu de mots l'influence de la syphilis sur la grossesse et sur l'enfant dans le cas où la mère se trouvait antérieurement syphilitique ; cette digression, tout en donnant plus de cohésion à notre travail, nous facilitera l'étude de notre question.

Des nombreuses observations et des travaux déjà publiés on peut conclure que la syphilis influence les grossesses ultérieures en produisant soit des avortements, soit des accouchements prématurés, et le fœtus le plus souvent, soit en le tuant, soit en lui léguant l'hérédo-syphilis.

La syphilis de la mère seule joue le rôle prépondérant ; son influence se chiffre par un nombre presque double de celui qui correspond à l'influence du père.

La fréquence des avortements ou accouchements prématurés est grande. D'après M. le professeur Fournier, sur 97 femmes syphilitiques en état de grossesse, admises à Lourcine

44	sont sorties enceintes
Sur les 53 restant.	17 ont avorté,
	8 ont accouché prématurément
	28 ont accouché à terme.

Ainsi sur 53 grossesses, 28 seulement sont arrivées à terme et 25, c'est-à-dire près de la moitié, se sont terminées par avortements ou accouchements prématurés.

Dans la statistique faite par Le Pileur, de 1861 à 1870, voici les résultats qu'il a obtenus :

Sur 370 grossesses qui se sont terminées à Lourcine :

249 seulement sont arrivées à terme.

141 ont accouché ou avorté prématurément.

Proportion. — Un accouchement prématuré ou avortement sur moins de 3 naissances.

Ces accidents, causés par la syphilis, obéissent à une loi de décroissance d'après laquelle leur intensité diminue à mesure que la vérole vieillit. D'abord ce sont des avortements successifs, ensuite des accouchements prématurés, plus tard des accouchements à terme ; dans ces deux derniers cas, l'âge de la syphilis a une grande influence sur l'enfant et ici nous trouvons la même décroissance ; enfants morts, enfants vivants mais atteints de syphilis congéniale. Resterait en dernier chapitre à citer les enfants indemnes ; mais la syphilis héréditaire tardive est encore trop peu connue et les notions, que nous en devons surtout à M. le professeur Fournier, sont trop récentes et surtout trop peu vulgarisées pour qu'il soit permis actuellement d'établir une statistique d'enfants nés de parents syphilitiques et restés absolument indemnes, attendu que les lésions de la syphilis héréditaire jusqu'à présent ont été ou bien méconnues, ou bien considérées comme des affections banales ou bien rattachées à la scrofulo-tuberculose ; telles la kératite interstitielle et cer-

taines ulcérations pharyngées que l'absence d'antécédents connus faisait ranger de droit dans le lupus ou la tuberculose de l'arrière-bouche.

L'on s'accorde à dire que dans ces séries l'avortement correspond au maximum de puissance du virus ; il est donc surtout à craindre dans les premiers temps de la syphilis.

Bien des facteurs entrent ici en cause pour expliquer cette décroissance, car non-seulement il y a l'âge de la syphilis, le traitement, mais il y a encore la gravité inhérente au terrain sur lequel évolue la maladie.

Ce serait peut-être ici le lieu de développer le mécanisme par lequel se fait cet avortement ou accouchement prématuré ; mais nous avons pensé qu'il serait préférable de donner ces développements lorsque nous étudierons ce même résultat dans le cas de syphilis *post-conceptionnelle*.

Tout est loin d'être dit en hérédité syphilitique, et sans avoir à traiter de cette hérédité dans le vrai sens du mot, nous croyons cependant utile de rappeler brièvement l'état de la question.

Dans quelles conditions cette transmission se fait-elle ? Ici les difficultés ont souvent été très grandes, les antécédents difficiles à retrouver ; aussi est-ce sans aucune surprise que nous avons vu la méthode expérimentale s'introduire dans cette voie. Difficile à appliquer surtout quand il s'agit de syphilis, il n'entre pas dans notre sujet de savoir s'il est permis de conclure de l'animal à l'homme ; toutefois on peut affirmer sans crainte que cette méthode est encore trop jeune pour faire loi.

La syphilis du fœtus ne pouvant provenir que de ses générateurs, examinons maintenant rapidement quelle est l'influence des deux parents et celle de chacun d'eux en particulier.

1° Père et mère syphilitiques.

Dans ce cas se trouve le maximum de fréquence et de conditions favorables à la transmission du mal vénérien ; c'est en effet par milliers que les observations de ce genre pourraient être citées. Les meilleures conditions pour l'hérédité se trouvent en effet réunies : à un ovule syphilitique vient s'adjoindre l'action d'un spermatozoïde entaché lui-même de syphilis, le tout se développant dans un milieu de même nature : il y a donc dans ce cas hérédité bi-parentale à facteurs convergents, comme l'a dit M. le professeur Peter.

Ce que nous venons de dire s'applique au cas où les parents se trouvent dans les deux premières périodes ; quant à la période tertiaire, le fait est beaucoup plus douteux.

Malgré cela cette hérédité est-elle fatale ? Vraisemblablement non ; Diday, Fournier et bien d'autres observateurs se sont avec raison élevés contre une conclusion aussi absolue, et en cela pourquoi la syphilis ne bénéficierait-elle pas comme nombre de maladies diathésiques ou virulentes de certains avantages de l'hérédité ?

Avec une hérédité fatale nous serions tous tuberculeux, syphilitiques, etc., etc. Pour ce qui concerne la syphilis, nous citerons dans les leçons de M. le Professeur Fournier l'observation suivante :

« X..., de constitution vigoureuse, mariée à 20 ans avec un homme syphilitique, affecté de syphilis récente.

Première grossesse en 1868. — Accidents secondaires vers le 5^e mois (Syphilides erythémato-papuleuses, buccales, vulvaires, alopecie, adénopathie cervicale).

Traitement énergique par le mercure.

Accouchement à terme.

Enfant sain, bien portant jusqu'à ce jour.

Deuxième grossesse en 1872.

Accouchement à terme.

Enfant sain, bien portant. »

Ancienneté, traitement, constitution, atténuation du principe morbide, longévité, tels sont autant de facteurs qui viennent dans bien des cas contrecarrer avantageusement cette fatalité, et syphilitiquement parlant nous rappellerons les trois phases décroissantes de Mireur rapportées dans la thèse de Blaise :

La première caractérisée par des avortements successifs et coïncidant avec l'état aigu des accidents secondaires.

La deuxième par des naissances à terme, avec accompagnement de syphilis héréditaire survenant vers la fin des accidents secondaires.

La troisième par des enfants sains ; cette dernière période se rapportant à l'évolution de la syphilis tertiaire.

La syphilis héréditaire tardive ouvre ici une nouvelle voie et pourra peut-être apporter certaines restrictions à ce dernier chapitre.

Aussi pour résumer ce point nous dirons : dans l'immense majorité des cas la syphilis est transmissible à l'enfant lorsque le père et la mère sont syphilitiques et cette

SYPHILIS ET GROSSESSE

ESSAI SUR LA SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE

INTRODUCTION

L'influence des maladies sur le développement de la grossesse et sur le produit de la conception a donné lieu à bien des travaux et cette abondance s'explique aisément par l'importance même du sujet.

L'influence de la syphilis a été une des plus étudiée et a suscité de maîtres éminents des travaux considérables. Si nous avons aujourd'hui osé aborder un des côtés de la question, c'est moins sur nos propres forces que sur la bienveillance de notre excellent maître, M. le Professeur Fournier, et sur l'indulgence de nos juges que nous avons compté.

Dans cette vaste question bien des points demandaient à être élucidés ; plus nous avons pénétré dans cette étude et plus nous avons vu combien était complexe et lourde la tâche entreprise et combien devenaient insuffisantes nos propres forces pour mener à bien notre travail.

Aussi n'avons-nous pu nous empêcher de faire de grandes restrictions : pour établir des conclusions générales il

nous eût fallu un bien plus grand nombre d'observations ; nous nous sommes donc borné à un rôle beaucoup plus modeste, nous contentant de réunir en plus grand nombre possible, les faits qu'il nous a été donné de trouver.

Amené à parler de la théorie parasitaire, nous aurions dû chercher à établir la confirmation du bacille décrit ; quant aux expériences de filtration placentaire, notre raisonnement n'a pu reposer que sur l'analogie.

La méthode expérimentale, en effet, ne pouvait nous prêter jusqu'ici qu'un bien faible concours, car l'on sait combien les animaux en général sont réfractaires à la syphilis ou tout au moins combien cette maladie présente une forme dissemblable.

Nous avons donc été obligé d'examiner ce qui se passait dans d'autres maladies et pour cela nous avons recherché avec le plus grand soin les travaux et les expériences faits pour démontrer le passage des éléments figurés et des maladies virulentes à travers le placenta.

Nous avons examiné dans une série de faits l'influence que la syphilis avait eue sur le produit de la gestation, lorsque la mère s'était trouvée infectée dans le cours même de la grossesse, et recherché s'il était possible d'établir une limite d'infection pour le fœtus. L'enfant est-il toujours contaminé, l'est-il avec une égale intensité suivant le mois de la grossesse où la mère s'est trouvée infectée ? Peut-il l'être lorsque les échanges nutritifs entre la mère et l'enfant deviennent moins grands ? Telles sont, comme on le voit, un très grand nombre de questions, un grand nombre de points qui demandaient à être élucidés et que nous avons été obligé de réserver.

L'agent morbide de fraîche date est-il aussi funeste pour le fœtus et y a-t-il lieu d'établir, au point de vue de la gravité, une distinction entre la syphilis ante et post-conceptionnelle ?

Questions très délicates, mais présentant en revanche un grand intérêt tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique ; ici, le praticien se trouve en présence de deux existences et si celle de l'une n'est pas, à proprement parler en danger, celle du nouvel être, au contraire, se trouve dans un péril extrême. Par un rôle actif souvent le praticien pourra exercer une grande influence.

Nous n'envisagerons pas toutefois la question au point de vue de l'influence du traitement sur la syphilis contractée pendant la grossesse. Cette question nous entraînerait beaucoup trop loin, nous nous bornerons à dire que les avis ont été bien partagés, mais que pour notre part nous pensons que non-seulement la femme dans ce cas doit être traitée, mais même doit l'être avec énergie.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier hautement notre excellent maître M. le professeur Fournier de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le courant de nos études, des conseils et des nombreux documents qu'il a bien voulu nous donner pour mener à bonne fin le sujet qui constitue notre travail inaugural.

Quelques documents ayant nécessité certaines traductions et recherches, nous les devons à nos amis MM. les docteurs Chapuis, Morel-Lavallée et Potocki ; nous les prions donc d'accepter ici nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA SYPHILIS EN GÉNÉRAL SUR LA GROSSESSE ET LE FOËTUS.

Rappelons en peu de mots l'influence de la syphilis sur la grossesse et sur l'enfant dans le cas où la mère se trouvait antérieurement syphilitique ; cette digression, tout en donnant plus de cohésion à notre travail, nous facilitera l'étude de notre question.

Des nombreuses observations et des travaux déjà publiés on peut conclure que la syphilis influence les grossesses ultérieures en produisant soit des avortements, soit des accouchements prématurés, et le fœtus le plus souvent, soit en le tuant, soit en lui léguant l'hérédo-syphilis.

La syphilis de la mère seule joue le rôle prépondérant ; son influence se chiffre par un nombre presque double de celui qui correspond à l'influence du père.

La fréquence des avortements ou accouchements prématurés est grande. D'après M. le professeur Fournier, sur 97 femmes syphilitiques en état de grossesse, admises à Lourcine

44	sont sorties enceintes
Sur les 53 restant.	17 ont avorté,
	8 ont accouché prématurément
	28 ont accouché à terme.

Ainsi sur 53 grossesses, 28 seulement sont arrivées à terme et 25, c'est-à-dire près de la moitié, se sont terminées par avortements ou accouchements prématurés.

Dans la statistique faite par Le Pileur, de 1861 à 1870, voici les résultats qu'il a obtenus :

Sur 370 grossesses qui se sont terminées à Lourcine :

249 seulement sont arrivées à terme.

141 ont accouché ou avorté prématurément.

Proportion. — Un accouchement prématuré ou avortement sur moins de 3 naissances.

Ces accidents, causés par la syphilis, obéissent à une loi de décroissance d'après laquelle leur intensité diminue à mesure que la vérole vieillit. D'abord ce sont des avortements successifs, ensuite des accouchements prématurés, plus tard des accouchements à terme ; dans ces deux derniers cas, l'âge de la syphilis a une grande influence sur l'enfant et ici nous trouvons la même décroissance ; enfants morts, enfants vivants mais atteints de syphilis congéniale. Resterait en dernier chapitre à citer les enfants indemnes ; mais la syphilis héréditaire tardive est encore trop peu connue et les notions, que nous en devons surtout à M. le professeur Fournier, sont trop récentes et surtout trop peu vulgarisées pour qu'il soit permis actuellement d'établir une statistique d'enfants nés de parents syphilitiques et restés absolument indemnes, attendu que les lésions de la syphilis héréditaire jusqu'à présent ont été ou bien méconnues, ou bien considérées comme des affections banales ou bien rattachées à la scrofulo-tuberculose ; telles la kératite interstitielle et cer-

taines ulcérations pharyngées que l'absence d'antécédents connus faisait ranger de droit dans le lupus ou la tuberculose de l'arrière-bouche.

L'on s'accorde à dire que dans ces séries l'avortement correspond au maximum de puissance du virus ; il est donc surtout à craindre dans les premiers temps de la syphilis.

Bien des facteurs entrent ici en cause pour expliquer cette décroissance, car non-seulement il y a l'âge de la syphilis, le traitement, mais il y a encore la gravité inhérente au terrain sur lequel évolue la maladie.

Ce serait peut-être ici le lieu de développer le mécanisme par lequel se fait cet avortement ou accouchement prématuré ; mais nous avons pensé qu'il serait préférable de donner ces développements lorsque nous étudierons ce même résultat dans le cas de syphilis *post-conceptionnelle*.

Tout est loin d'être dit en hérédité syphilitique, et sans avoir à traiter de cette hérédité dans le vrai sens du mot, nous croyons cependant utile de rappeler brièvement l'état de la question.

Dans quelles conditions cette transmission se fait-elle ? Ici les difficultés ont souvent été très grandes, les antécédents difficiles à retrouver ; aussi est-ce sans aucune surprise que nous avons vu la méthode expérimentale s'introduire dans cette voie. Difficile à appliquer surtout quand il s'agit de syphilis, il n'entre pas dans notre sujet de savoir s'il est permis de conclure de l'animal à l'homme ; toutefois on peut affirmer sans crainte que cette méthode est encore trop jeune pour faire loi.

La syphilis du fœtus ne pouvant provenir que de ses générateurs, examinons maintenant rapidement quelle est l'influence des deux parents et celle de chacun d'eux en particulier.

1° Père et mère syphilitiques.

Dans ce cas se trouve le maximum de fréquence et de conditions favorables à la transmission du mal vénérien ; c'est en effet par milliers que les observations de ce genre pourraient être citées. Les meilleures conditions pour l'hérédité se trouvent en effet réunies : à un ovule syphilitique vient s'adjoindre l'action d'un spermatozoïde entaché lui-même de syphilis, le tout se développant dans un milieu de même nature : il y a donc dans ce cas hérédité bi-parentale à facteurs convergents, comme l'a dit M. le professeur Peter.

Ce que nous venons de dire s'applique au cas où les parents se trouvent dans les deux premières périodes ; quant à la période tertiaire, le fait est beaucoup plus douteux.

Malgré cela cette hérédité est-elle fatale ? Vraisemblablement non ; Diday, Fournier et bien d'autres observateurs se sont avec raison élevés contre une conclusion aussi absolue, et en cela pourquoi la syphilis ne bénéficierait-elle pas comme nombre de maladies diathésiques ou virulentes de certains avantages de l'hérédité ?

Avec une hérédité fatale nous serions tous tuberculeux, syphilitiques, etc., etc. Pour ce qui concerne la syphilis, nous citerons dans les leçons de M. le Professeur Fournier l'observation suivante :

« X..., de constitution vigoureuse, mariée à 20 ans avec un homme syphilitique, affecté de syphilis récente.

Première grossesse en 1868. — Accidents secondaires vers le 5^e mois (Syphilides erythémato-papuleuses, buccales, vulvaires, alopecie, adénopathie cervicale).

Traitement énergique par le mercure.

Accouchement à terme.

Enfant sain, bien portant jusqu'à ce jour.

Deuxième grossesse en 1872.

Accouchement à terme.

Enfant sain, bien portant. »

Ancienneté, traitement, constitution, atténuation du principe morbide, longévité, tels sont autant de facteurs qui viennent dans bien des cas contrecarrer avantageusement cette fatalité, et syphilitiquement parlant nous rappellerons les trois phases décroissantes de Mireur rapportées dans la thèse de Blaise :

: La première caractérisée par des avortements successifs et coïncidant avec l'état aigu des accidents secondaires.

La deuxième par des naissances à terme, avec accompagnement de syphilis héréditaire survenant vers la fin des accidents secondaires.

La troisième par des enfants sains ; cette dernière période se rapportant à l'évolution de la syphilis tertiaire.

La syphilis héréditaire tardive ouvre ici une nouvelle voie et pourra peut-être apporter certaines restrictions à ce dernier chapitre.

Aussi pour résumer ce point nous dirons : dans l'immense majorité des cas la syphilis est transmissible à l'enfant lorsque le père et la mère sont syphilitiques et cette

transmission héréditaire sera d'autant moins fréquemment constatée qu'on s'éloignera de la période du début.

2° Père seul syphilitique.

Ici nous nous trouvons en présence du minimum de fréquence ; mais en revanche du plus grand nombre de contradictions et de deux courants bien opposés, les uns niant, les autres admettant l'influence du père.

Les anciens syphiligraphes attribuaient une part prépondérante à l'influence paternelle. Niée plus tard par Cullerier, Notta, Charrier, elle est admise aujourd'hui.

Mireur la fait très rare et même exceptionnelle. Gailleton aurait toujours trouvé dans les cas qu'il a eus à observer la contagion antérieure de la mère. Pour OEvre, le père n'exercerait aucune influence.

D'après ces auteurs, la transmission par le père seul serait donc rare, rareté relative si on la compare à l'influence maternelle, car il est démontré que cette influence existe. Un enfant peut venir au monde syphilitique de par son père seul, la mère ne présentant aucune trace d'infection.

Pour cela, puisant dans le beau traité de M. le professeur Fournier, nous citerons « le cas d'un médecin venant le consulter pour une ancienne syphilis ; il lui disait avoir eu cinq enfants syphilitiques, bien que sa femme, examinée avec un soin vigilant, soumise à une surveillance assidue, n'eût jamais présenté le moindre symptôme. »

Dans le même ouvrage le même professeur cite 14 obser-

vations de syphilis paternelle d'ancienneté variable, communiquée à l'enfant, et offrant en outre l'intérêt de montrer l'heureuse influence du traitement ; malgré cela, il est juste de reconnaître que cette influence héréditaire s'atténue avec l'âge de la maladie.

Vidal, dans sa thèse d'agrégation, cite trois cas établissant que la mère peut donner le jour à des enfants entachés de syphilis héréditaire sans avoir elle-même présenté des traces d'infection contemporaine.

La syphilis peut donc être transmise héréditairement par le père seul.

Comme nous l'avons déjà dit, dans ce cas se trouve le minimum de fréquence d'hérédité. Pour trouver en Cullerier un adversaire aussi autorisé et aussi convaincu, il fallait bien que la question fût délicate ; mais si les observations précédentes démontrent l'influence paternelle, mentionnons par contre des cas où la syphilis paternelle seule a été sans influence.

Cullerier, en effet, cite de nombreuses observations dans lesquelles la fécondation ne fut nullement suivie d'accidents ; Diday également, Charrier, dont l'observation si concluante est rapportée par M. le professeur Fournier : « Il s'agit d'un homme atteint de syphilis depuis plusieurs années lorsqu'il devint père exactement à la même époque de deux enfants, à savoir : l'un de sa femme à laquelle il avait communiqué la syphilis, l'autre de sa maîtresse qui était restée indemne. Or, l'enfant légitime vint au monde avec la syphilis et l'enfant naturel naquit sain. »

Le cas de Mireur est encore plus concluant : « Enfant

« né sain d'un père syphilitique, la mère restant indemne,
« et qui à l'âge de 2 ans contracte la vérole de son père
« lui-même. »

Donc si l'hérédité *a patre* seul, peut avoir lieu, elle peut également rester sans influence et cela peut-être plus fréquemment, dans quelles proportions, nous l'ignorons.

Ici plus que jamais l'âge et le traitement de la syphilis paternelle doit entrer en grande ligne de compte pour la transmission héréditaire. Socialement parlant, peut-être aussi l'homme se soigne-t-il mieux ?

3° Mère seule syphilitique.

a. — Avant la conception.

Les syphiligraphes sont à peu près unanimes pour admettre que lorsque la mère seule se trouve en pleine période secondaire, la grossesse arrivera rarement à terme et l'enfant naîtra ou mort ou syphilitique. Cette influence maternelle est devenue un fait presque indiscutable, et si l'on songe aux liens qui unissent le fœtus à la mère, il paraîtrait, en effet, difficile de réfuter cette opinion. A l'appui, nous ne saurions mieux faire que de rappeler l'exemple de femmes qui infectées par un nourrisson, sont redevenues enceintes et ont accouché d'enfants syphilitiques, le père étant resté sain. A un ovule syphilitique, correspondra un fœtus syphilitique ; telle est la règle ; malgré cela, il est bon de citer les cas, signalés par les accoucheurs, d'enfants venus au monde non porteurs de lésions spécifiques à

leur naissance, quoique issus de mère en pleine période secondaire.

Quant à la fréquence de cette transmission, l'âge de la syphilis est un puissant facteur ; il est en outre, admis aujourd'hui que contrairement à ce qui a été dit, le traitement exerce une grande influence ; une mère soumise au traitement spécifique peut engendrer des enfants sains, même étant en puissance de manifestations syphilitiques. Citons un cas de Notta :

« Une femme syphilitique fait huit fausses couches consécutives ; elle se soumet alors à un traitement hydrargyrique prolongé, devient enceinte de nouveau et accouche à terme d'un enfant sain, qui après cinq années d'observation n'a présenté aucun symptôme spécifique. »

Pendant combien de temps peut s'exercer cette transmissibilité de la mère au fœtus ? Pour Kassowitz, c'est dix ans, mais rien de précis ne peut être établi et l'on se borne à dire qu'elle va en s'affaiblissant de plus en plus à mesure que l'on s'écarte du début de la maladie. A l'époque des accidents tertiaires, la transmission est admise par les uns et niée par les autres.

Dans la transmission de la syphilis d'origine maternelle, deux cas peuvent se présenter : 1° ou la syphilis a été acquise avant la conception ; 2° ou la syphilis a été acquise après la conception.

Ce que nous avons dit jusqu'ici peut s'appliquer au premier cas, et notre travail s'applique à l'étude du second.

A ces deux cas, correspondent deux mécanismes pour la transmission ; en un mot, le fœtus peut devenir syphili-

tique. a) Par le fait de l'ovule infecté, ce sera la syphilis ovulaire. b) Par le fait du sang, ce sera la syphilis placentaire.

Dans le premier cas, la cellule ovulaire contient le germe de la syphilis, est modifiée par ce germe, et par suite, son développement ne pourra guère se faire que sous cette influence. Dans le second, au contraire, l'ovule est sain au moment de la conception, il se développera donc physiologiquement sain et ne sera infecté que plus tard ; dans ce cas, c'est l'ovule transformé, le fœtus, en un mot, qui subira l'action de la syphilis, et cette action sera transmise par le placenta. Ce sera la syphilis placentaire.

¶ Examinons maintenant la pathogénie de cette syphilis *post-conceptionnelle*.

CHAPITRE III

MÈRE INFECTÉE PENDANT LE COURS DE SA GROSSESSE

b. — *Après la conception.*

Dans l'état actuel, la science a peu essayé d'apprécier la différence qui peut exister entre la syphilis transmise par une mère anciennement syphilitique et la syphilis transmise *in utero* par une mère actuellement contaminée, entre la syphilis *ab ovo*, et la syphilis *in utero* ; pourtant il est difficile d'envisager de la même façon les deux cas.

Ici, en effet, la question s'offre à nous de la manière suivante : le père et la mère sont sains, le fœtus qui se développe est par suite sain, lorsque le facteur syphilis intervient. Quelle sera son action sur le développement de la grossesse et sur celui de l'enfant ?

Si, pour y répondre, nous cherchons dans les auteurs, nous constatons d'abord qu'ils se sont en général peu étendus sur ce point et nos recherches nous ont permis de constater en outre leurs grandes divisions.

Mauriceau, Bassereau, Ricord, Diday, Frank, Zeissl, Vajda, Behrend ont établi que la syphilis ne faisait sentir son influence que jusqu'au septième mois.

Parrot dit « qu'après le septième, non-seulement l'accouchement se fait à terme, mais encore que l'enfant est le plus souvent indemne de syphilis. »

Chabalier, dans une observation que nous citons, pousse la limite jusqu'au commencement du huitième mois.

Cullerier croit cette infection possible pendant toute la durée de la grossesse et OEvre est tellement convaincu, qu'il va jusqu'à conseiller l'accouchement prématuré lorsque l'infection maternelle a lieu à une époque où le fœtus est viable.

Mandron et Kassowitz, par contre, nient toute espèce de transmission par voie placentaire.

Quant à nous, rejetant complètement l'opinion de Mandron et Kassowitz, nous pensons pouvoir démontrer la possibilité de l'infection jusque dans le courant du huitième mois, et par suite reculer la limite admise jusqu'à ce jour.

La syphilis *post-conceptionnelle* intervient donc sur le cours même de cette grossesse et le développement de l'enfant, comme celle contractée avant. Elle produira des désordres analogues, c'est-à-dire : 1° des avortements ou accouchements prématurés ; 2° la syphilis héréditaire précoce ou tardive. Mais avant de légitimer la syphilis placentaire, disons quelques mots sur la pathogénie de l'avortement syphilitique.

PATHOGÉNIE DE L'AVORTEMENT

Question pleine d'obscurité, dans laquelle, du reste, les auteurs paraissent fort peu d'accord. A quelle époque se

produit-il de préférence ? S'il a été difficile de l'établir avec quelque précision dans la syphilis *ab ovo*, la difficulté nous a paru plus grande dans le cas qui nous occupe ; aussi garderons-nous la plus entière réserve. Notre travail ayant eu du reste principalement pour but de réunir des faits, nous nous bornerons à retracer, d'après certains auteurs récents, l'état de la question sur ce point (1).

On a admis comme cause la mort même du fœtus amenée par une intoxication spécifique, une altération du sang maternel, la comparant ainsi aux avortements produits par certaines intoxications professionnelles.

Mais bien plus grande est l'influence causée par les altérations des membranes ou du placenta ; et les auteurs semblent d'accord pour attribuer à une altération des membranes l'avortement qui se produit dans le premier tiers de la grossesse. M. Boureau, dans sa thèse, cite à ce sujet l'observation suivante, communiquée par M. Bar :

« Marie L..., 22 ans, (Salle Clément, n° 28, Lourcine) entre le 26 septembre 1877.

Maladie syphilitique depuis plus de trois mois. Père syphilitique. Accidents secondaires.

30 décembre. — Avortement d'un fœtus d'environ 70 jours. Délivrance 48 heures après. »

Cette rétention des membranes, pendant 48 heures, permet de supposer quelque altération.

Les recherches ont plutôt porté sur le placenta. Simpson signale l'anémie du placenta. Lebert et Mackensie si-

1. Blaise.

gnalèrent entre le chorion et l'amnios des granulations ; Rokitansky, des noyaux fibrineux sans caractère constant.

Macdonald a prétendu que, suivant l'origine paternelle ou maternelle, les lésions portaient sur le placenta fœtal ou maternel et sur les deux à la fois lorsque les deux générateurs étaient syphilitiques.

« Dans le premier cas, les villosités augmenteraient de volume. Les lésions paraissent naître dans les vaisseaux et irradier autour d'eux : leur paroi s'épaissit, leur calibre diminue, disparaît même ; le tissu vilieux disparaît. Dans les parties voisines se font des congestions, des infarctus. Quand la syphilis est d'origine maternelle, les lésions portent sur le placenta maternel. Il y a hyperplasie de la caduque, production de bourgeons amenant la compression et l'atrophie des villosités. »

Cette distinction n'est pas démontrée, et Boureau cite un cas de syphilis maternelle dans lequel les lésions s'étaient bornées aux villosités.

Hervieux a décrit en 1879 un placenta qu'il considérait comme étant de nature syphilitique et conclut, après l'examen histologique fait par Malassez, à des lésions comparables à des gommes du foie. Le placenta qu'il décrit provenait d'un cas de syphilis contractée au cinquième mois de la grossesse. L'enfant était né à terme, mais atteint de syphilis héréditaire ; les syphilides cutanées n'avaient pas tardé en effet à faire leur apparition sous l'aisselle.

Depaul et Tarnier se sont refusés à voir des gommes syphilitiques dans les lésions décrites par Hervieux.

Lancereaux rappelle avec Virchow que « les lésions du placenta maternel se présentent sous deux formes, l'une

« diffuse, l'autre circonscrite, la première consiste en
« épaissement avec induration fibreuse du placenta,
« atrophie des villosités ; la seconde avec une apparence
« de condylomes, végétations polypiformes formant un
« tissu muqueux organisé et riche en vaisseaux. »

De Sinéty, examinant les lésions d'origine syphilitique observées chez un fœtus mort-né à terme, signale « la
« coloration pâle, la consistance moindre et l'hypertrophie
« de la plupart des villosités. Les vaisseaux y avaient dis-
« paru et se trouvaient au contraire conservés dans les
« petites villosités. Ces derniers se rencontraient principale-
« ment dans la partie des coupes qui se rapprochaient de
« la face utérine. La portion caduque maternelle qu'ac-
« compagne toujours le placenta paraissait parfaitement
« saine, ainsi que les cellules de revêtement des villosités,
« et il continue en se demandant si l'on doit considérer
« cette altération placentaire comme se rattachant à la
« syphilis. »

Blaise conclut aussi : « De ces faits il résulte que sous
l'influence de la syphilis le placenta peut présenter des
lésions consistant en une inflammation scléreuse diffuse ou
localisée et en la production de gommes véritables. Dans
ces deux cas, la circulation placentaire est gênée, ce qui
entraîne des troubles de nutrition du fœtus, dont la mort
est la conséquence dans beaucoup de cas. L'avortement ne
tarde pas à se produire. »

De l'examen de M. de Sinéty, il résulterait également
des troubles circulatoires, mais tout cela est-ce spécial à la
syphilis ? C'est ce que l'on ignore.

On a signalé encore des hémorrhagies et des décollements placentaires autour des lésions malades.

Dès 1868, Meissner signala la syphilis comme une cause d'hydramnios. M. Bar, dans un travail plus récent, rapporte que cette hydropisie, fréquente chez la syphilitique ancienne, semble au contraire inconnue chez la femme syphilitique récemment contaminée. Cet observateur n'a pu en effet en rencontrer un seul cas à Lourcine où cependant abondent les jeunes syphilitiques.

2° Sur l'enfant.

La syphilis tue le plus souvent l'enfant *in utero*, ou lui enlève toute aptitude à la vie. Il suffit de consulter en effet la statistique pour constater combien sont fréquents, soit les enfants mort-nés, soit leur mort à bref délai. Ici interviennent deux puissants facteurs, l'ancienneté de l'affection et le traitement.

Quand la syphilis épargne la vie de l'enfant, elle lui laisse dans la majeure partie des cas le germe de la maladie et cela constitue la syphilis héréditaire qui a des caractères spéciaux au nombre desquels il faut citer l'absence de chancre primitif et la diffusibilité des accidents. Maladie à allures spéciales, elle se manifestait, disait-on, immédiatement après la naissance ; mais que l'on y prenne garde, car les manifestations peuvent rester longtemps à l'état latent, se manifester 10, 15, 20, 29 ans même après et peut-être plus longtemps encore. Ces cas ont été groupés sous le nom de syphilis héréditaire tardive et constituent une vaste partie de la syphiligraphie qui attire en ce moment

l'attention de bien des maîtres. A l'appui du dernier chiffre cité, nous mentionnerons un magnifique cas qui se trouve actuellement dans le service de M. le professeur Fournier où les manifestations bien caractéristiques et bien complètes se sont montrées chez un jeune homme de 29 ans.

Est-ce hé-
rédité
vraie ou
infection?

Peut-on qualifier d'héréditaire, la transmission spéciale qui nous occupe? Evidemment non ; l'hérédité morbide, dans la vrai sens du mot, c'est-à-dire cette condition organique d'après laquelle les ascendants transmettent certaines particularités physiques de leur être à leurs descendants, a pour caractère essentiel de tenir de l'élément mâle ou de l'élément femelle. L'ovule ou le spermatozoïde dans ce cas ont subi l'influence de ce facteur morbide et il y aurait peut-être lieu d'établir une distinction entre l'hérédité syphilitique, c'est-à-dire cette syphilis transmise en nature, et l'hérédité des syphilitiques, c'est-à-dire que des parents en cours de syphilis peuvent donner le jour à des enfants lymphatiques, rachitiques, scrofuleux, au même titre que l'on observe une pareille dégénération chez les enfants nés de parents trop vieux ou cachectiques. Mais cela ne peut s'appliquer à la syphilis *post-conceptionnelle*, car ici la transmission ne s'effectue pas par le même processus : les deux premiers éléments sont sains, et le fœtus, partie intégrante de la mère, ne devient syphilitique que par extension, par l'introduction dans son organisme et par voie sanguine de l'agent syphilis qui y établit domicile, s'y développe et s'y multiplie. C'est donc plutôt un phénomène d'infection graduelle et progressive.

L'hérédité à proprement parler étant mise hors de cause, que se passe-t-il ici ? Il nous semble qu'on pourrait envisager le fait comme une inoculation en série, au second terme de laquelle serait soumis le fœtus, la mère ayant constitué le premier bouillon de culture de l'agent pathogène.

Mais nous ne pouvons établir qu'une comparaison ou tout au moins qu'une hypothèse, attendu que nous ne sommes fixés ni sur la nature du virus, ni sur la façon dont il se transmet au fœtus.

Que se passe-t-il en effet pendant la gestation ? ou bien il s'est produit à travers le placenta une filtration continue, graduelle du microbe, si microbe il y a, ou bien ce passage éventuel des bactéries a eu lieu tout d'un coup ou du moins en peu de temps à une certaine époque à partir de laquelle l'enfant a été constitué syphilitique.

Or *a priori* il semblerait tentant d'admettre ou en tous cas on comprendrait mieux que la transmission de l'élément pathogène fût continue comme l'est l'osmose placentaire ; mais dans ce cas, nous nous trouverons en présence d'inoculations successives de petites quantités de microbes, c'est-à-dire que la nature aurait réalisé par elle-même un des procédés d'atténuation du virus, tel par exemple, qu'on applique actuellement pour les rabiques, et le résultat de ces inoculations successives devrait être l'acclimatement ou la vaccination ; dès lors le fœtus devrait avoir ou l'immunité contre la syphilis ou la syphilis atténuée.

Mais précisément c'est le contraire qu'on observe puis-

qu'il semble résulter de nos observations que la syphilis serait plus grave que celle de la mère.

Il vaudrait donc mieux revenir à la comparaison des inoculations en série, l'agent pathogène ayant trouvé dans la mère un terrain favorable au point de produire pour l'enfant une maladie plus grave qu'elle ne l'était pour son auteur. On voit donc qu'en cela la difficulté est grande.

A quel moment donc commence la transmission du contagé, entre quelles limites de temps s'effectue-t-elle ? C'est ce qu'il nous paraît difficile d'établir, car on ne sait pas à partir de quel moment la pullulation microbienne a lieu dans le sang de la mère, et à plus forte raison quand ce sang peut devenir l'agent de la transmission.

On peut prévoir de suite de quelle importance pratique serait la découverte certaine de la bactérie syphilitique. En effet, à supposer que cet agent n'apparaisse dans le sang de la mère que trois semaines par exemple après le chancre, on serait autorisé, si l'enfant est viable, à provoquer l'accouchement prématuré si le chancre n'a que huit ou quinze jours d'existence, et si l'examen bactériologique du sang de la mère est négatif.

Or, cette hypothèse de l'infection générale du sang de la mère, postérieure à l'éclosion du chancre, n'a jusqu'à présent rien d'inadmissible, puisque l'on a publié quelques observations, si peu nombreuses soient-elles, dans lesquelles l'extirpation précoce de la sclérose initiale aurait pu prévenir l'apparition de tout accident consécutif.

Il appartient à l'avenir de juger cette question. Toutefois, quant à présent, sachant que le placenta offre une résis-

tance inégale au passage des divers micro-organismes pathogènes, il est permis de supposer que l'infection de l'enfant n'aura lieu que quelque temps après celle de la mère. Comme limite extrême de passage, les syphiligraphes ont établi le septième mois, mais nos recherches nous permettent de citer des observations d'infection à une époque un peu plus avancée de la grossesse. Nous avons bien trouvé l'observation de femmes à terme atteintes d'accidents primitifs depuis peu, c'est-à-dire infectées dans le courant du neuvième mois ; mais malheureusement ces observations, prises dans un autre but, ne relatent rien ni sur l'accouchement ni sur la santé de l'enfant. C'est une lacune que nous regrettons vivement et qui offre cependant un grand intérêt.

Dans la grande majorité des cas que nous citons l'influence de la syphilis s'y est fait sentir et souvent même d'une façon violente. Si les avortements y sont rares, les accouchements prématurés sont au contraire fréquents ; dans quelques cas heureux, toutefois, l'enfant est venu à terme et sain, du moins en apparence, mais avec les dernières données de la syphilis héréditaire tardive, nous craignons que dans ces derniers cas l'enfant n'ait pas été suivi assez longtemps.

Pour expliquer des résultats aussi dissemblables, bien des facteurs entrent en cause et dans bien des cas la cause intime paraît difficile à établir, mais nous reviendrons sur ce point au sujet de l'étiologie.

ETIOLOGIE

Voilà donc un enfant se développant dans la cavité utérine. Entouré de ses membranes, il se trouve isolé du monde extérieur et n'a qu'un point d'attache avec la mère, point d'attache qui est le placenta.

Si donc, la syphilis pénètre chez lui, le placenta sera la seule porte d'entrée et le sang qui constitue le seul lien entre la mère et l'enfant se trouvera par suite être le seul véhicule. C'est le porte-vie, mais ce peut être aussi le portemort. En un mot c'est par le placenta et le placenta seul que la syphilis peut être transmise.

Ce point auquel le raisonnement semble donner l'apparence de l'évidence a été très difficile à éclaircir : le passage des éléments figurés à travers le placenta a été très longtemps nié et la clarté n'a pu être faite que par des travaux récents. Kassowitz considère encore le placenta comme une barrière infranchissable pour les maladies, comme un filtre au travers duquel aucun principe morbide ne peut passer.

La syphilis est-elle dans ce cas ? Nous devons préalablement élucider les deux points suivants :

1° Le sang, véhicule du principe morbide, est-il contagieux ?

2° Le placenta présente-t-il une barrière aussi infranchissable que l'ont voulu les auteurs ?

Le sang est-il contagieux ?

Et tout d'abord le sang d'un syphilitique, pris pendant

la période active et jeune de la maladie, est-il contagieux ? Non, disent les uns ; oui, disent les autres. A ces contradictions, nous citerons comme réponse les expériences du professeur Pellizari, de Florence. En 1860, après une leçon sur l'inoculabilité de la syphilis par le sang, les docteurs Belli et Sébastien Testi s'offrirent pour l'expérimentation. Ces premiers essais furent négatifs. L'année suivante, pendant les mêmes leçons, une nouvelle série d'expériences sur des assistants de bonne volonté, les docteurs Borgioni, Rosi, Possigli fut faite et de cette série le premier seul fut contaminé.

Quatre jours après toute trace d'inoculation avait disparu.

Le 3 mars. — Le Dr Borgioni vit apparaître, sans induration, une papule sans engorgement ganglionnaire.

Cette induration alla grandissant jusqu'à une pièce de 0 fr. 20.

Le 11. — La papule était couverte d'une squame mince.

Le 14. — Ganglions de la grosseur d'une noisette dans l'aisselle, mobiles, indolents.

Le 19. — Les ganglions augmentent.

Le 12 avril. — Erythème.

Le 22. — La couleur de l'érythème est franchement cuivre.

Le traitement mercuriel est commencé.

En résumé, sur cinq inoculations, une seule a donné la syphilis.

Ce serait ici le lieu de discuter les résultats négatifs, car l'on sait que les cinq inoculations n'ont pas été faites dans des conditions égales ; tantôt le sang avait été refroidi et tantôt même coagulé, mais nous pensons que pour notre étude il suffit de retenir ce fait que la syphilis a été communiquée par le sang, et en effet dans ce résultat positif se

trouvent réunies toutes les chances de succès. Nous nous rangerons donc à l'opinion du professeur Pellizari qui admet la contagion du sang.

Des expériences négatives, nous pouvons seulement conclure que la contagion par le sang est beaucoup moindre que celle par le pus.

Les travaux d'Hébra et de Stricker sont venus depuis donner plus de force à la contagiosité du sang.

Quelle est
la partie
contami-
nante du
sang?

Cette contagiosité admise, nous sommes amené à rechercher quelle est, dans le sang, la partie contaminante. Point excessivement délicat, sur lequel il n'y aurait guère que des réserves à faire ; malgré cela, nous ne pouvons passer sous silence les travaux récents qui tendent à l'attribuer à un micro-organisme et en suivant ce grand courant que les découvertes modernes ont établi, nous tombons, il est vrai, sur un point où rien n'est définitivement décidé. L'origine microbienne de la plupart des maladies infectieuses a déjà suscité de nombreux travaux et en fera naître encore bien davantage ; pour nous en tenir à la syphilis, elles sont déjà nombreuses les tentatives faites pour en isoler le principe morbide. La bactérie syphilitique n'est encore qu'une pure hypothèse ; celle que l'on a entrevue, que l'on a décrite, à laquelle on a cru pouvoir attribuer la cause de cette maladie n'a pas encore été obtenue à l'état de pureté, et n'a pas répondu aux règles voulues, à savoir : identité absolue des microbes dans l'organisme de syphilitiques, isolément, et reproduction de la syphilis à la suite d'inoculation de culture.

Ces infiniment petits sont constitués par de la matière

vivante; ils ont une forme, un corps et des fonctions le plus souvent chimiques; ils absorbent, détruisent, exercent comme tout ce qui a vie et sont enfin devenus d'importants personnages avec qui l'on doit compter. Agissent-ils par eux-mêmes, ou bien leur principe pathogène est-il dû à leurs produits de sécrétion? Telles sont autant de lacunes qui finiront par être comblées.

La science moderne, personnifiée ici par Pasteur, a pu démontrer l'existence de ces parasites, microbes ou ferments, elle a pu en isoler, en cultiver et en connaître la manière d'être, de vivre, de se reproduire.

Cette théorie, pastorienne, comme on pourrait la dénommer, née d'hier, est loin évidemment d'avoir dit son dernier mot et bien des faits restent encore en pleines ténèbres; elle ne laisse pas pourtant que de donner de grandes satisfactions à l'esprit en permettant d'expliquer plus commodément des faits restés jusqu'ici très vagues. Cette théorie a été des plus fécondes en résultats pratiques, car pour ne signaler qu'une partie de ce qui touche à la médecine, après avoir donné les pansements de Guérin, de Lister, les nouvelles vaccines du charbon, de la rage, etc., elle pourra devenir aussi bienfaisante pour bien d'autres maladies et peut-être pour la syphilis elle-même.

Sa grande importance serait du reste encore amplement démontrée par l'importance des discussions récentes auxquelles elle a donné lieu, et l'Académie se trouve encore sous le charme des savants plaidoyers qui ont eu lieu dans son sein.

La science, il est vrai, ne vit pas que d'hypothèses,

mais que de fois a-t-elle débuté par elles ! Inconnue pour inconnue, celle de la bactérie syphilitique n'offrirait rien qui paraisse si invraisemblable, et en tous cas ne le serait pas moins que certaines forces encore plus mal définies qui servent depuis longtemps à expliquer certains phénomènes et le contagement encore plus indéterminé par les miasmes, effluves, etc.

Mais en est-il ainsi de la syphilis ? Le principe morbide est-il dû à un micro-organisme, à une bactérie ? Nous l'avons déjà dit, tout n'étant qu'hypothèse, rappelons donc en quelques mots ces hypothèses.

Ce qu'on a
dit du
microbe
de la sy-
philis ?

Klebs (1878-1879) décrit de très petits bâtonnets situés au milieu des particules prises sur un chancre induré qu'il inocule à un singe et qu'il retrouve dans un bouillon de culture ensemencé avec le sang d'une guenon infectée, et se demande s'il ne se trouve pas en présence du microbe de la syphilis.

Bergmann et Aufrecht (1881) signalent également la présence d'un micrococcus dans le chancre syphilitique et dans le sang. Birch Hirschfeld trouve le même micrococcus non-seulement dans le chancre, les plaques muqueuses, mais encore dans les gommages de différents organes, mais se tient toujours sur la plus grande réserve quand il s'agit de le considérer comme les agents de la transmission syphilitique.

Martineau et Hamonic (1882) ont également cherché à isoler une bactérie qu'ils croient spécifique.

Lustgarten (1884) signale dans le chancre induré et dans les gommages la présence de bacilles ressemblant à ceux de

la tuberculose, et en 1885 il entre dans plus de détails sur la méthode qu'il emploie pour les colorer :

« Il colore les coupes pendant 12 à 24 heures dans un bain formé de 11 parties de solution alcoolique concentrée de violet de gentiane dans 100 parties d'une solution d'huile d'aniline, à la température ordinaire et ensuite pendant 2 heures à la température de 60° environ.

Les coupes sont placées pendant quelques minutes dans l'alcool absolu, puis pendant 10 secondes dans une solution d'hypermanganate de potasse 01 1/2 pour 100. Après quoi on les plonge un instant dans une solution concentrée et pure d'acide sulfureux.

Si la coupe n'est pas entièrement décolorée on répète trois à quatre fois cette double décoloration, après quoi on deshydrate par l'alcool, l'essence de girofle et on monte dans le baume.

On peut colorer ainsi les bacilles de la lèpre et de la tuberculose, tandis que les autres bactéries restent incolores. On distingue les bacilles de Lustgarten de ceux de la tuberculose parce qu'ils ne se colorent pas d'après la méthode d'Ehrlick.

Lustgarten a trouvé les mêmes bacilles dans le chancre induré, les plaques muqueuses, les syphilis tertiaires, les gommès de syphilis héréditaire chez un nouveau-né.

Babès a réussi également à colorer par le même procédé des bacilles de trois cas de chancres indurés et de gommès, mais à tout cela il manque la culture du parasite et la reproduction de l'état pathologique connu.

Plus récemment les recherches d'Alvarez et Tavel ont dé-

montré combien il fallait être circonspect avant d'admettre la bacille de Lustgarten comme cause de la syphilis.

Le placenta présente-t-il une barrière infranchissable ?

Ce point n'a pu être discuté que par des travaux récents. Constituant peut-être la base même de notre travail, examinons cette question de plus près. Pendant longtemps la plupart des auteurs ont considéré le fœtus comme se trouvant à l'abri des maladies virulentes acquises par la mère pendant le cours même de la grossesse.

Mandron (1850), soutient dans un mémoire couronné à Bruxelles que « la syphilis gagnée par la mère pendant le cours même de sa grossesse ne saurait être transmise au fœtus. » Pour cet auteur, la syphilis ne peut donc passer à travers le placenta. Mais le plus ardent défenseur de l'imperméabilité placentaire a été Kassowitz, qui nie catégoriquement l'infection du fœtus par sa mère lorsque celle-ci a été contaminée après la conception.

Contre cette opinion nous citerons un certain nombre d'arguments tirés soit de l'expérimentation, soit de la clinique. Par l'expérimentation en effet l'on sait que dans certaines maladies à micro-organisme isolé, dans le charbon par exemple, contrairement aux expériences de Branell, Davaine et Bollinger, qui avaient paru donner raison aux doctrines de Kassowitz, la bactérie charbonneuse a été trouvée dans le sang fœtal, et il est démontré aujourd'hui qu'il fallait s'en prendre à leur méthode.

Depuis, en effet, les réactifs, s'il est permis de s'expri-

mer ainsi, ont acquis une plus grande précision et c'est par eux en effet que Straus et Chamberland ont démontré le passage de la bactériémie à travers le placenta, la virulence du sang fœtal, et cela même d'une façon non fatale. Pour cela, ils ont eu recours aux procédés de culture qui leur ont permis d'isoler et de reproduire le principe morbide.

Resterait à savoir si ce que nous venons de dire du charbon peut s'appliquer à la syphilis. Evidemment pour devenir aussi affirmatif il faudrait pouvoir procéder de la même manière, mais ici la principale donnée nous manque, à savoir la bactériémie syphilitique. Ne se trouve-t-on pas dans ce même cas au sujet de la variole, et pourtant leur transmission de la mère au fœtus est un fait admis.

Voici ce que nous trouvons dans une étude du professeur J. Neumann pour ce qui concerne la transmission placentaire.

« Hoffmann et Caspary purent retrouver dans la circulation fœtale la substance qu'ils avaient injectée dans les veines de chiennes pleines, comme des émulsions de camphre, des corpuscules de cinabre, de la garance.

« Mais il y a quelques affections spéciales de la mère qui atteignent le fœtus par l'intermédiaire des matériaux de déchet ne pouvant plus servir. A côté de celles-ci, il s'en trouve d'autres qui paraissent atteindre le fœtus directement : telles sont les maladies infectieuses.

« C'est ainsi que naissent des enfants, soit avec des vésicules existantes, soit avec des cicatrices, enfants dont les mères pendant la grossesse étaient atteintes de variole.

« Wolmann observa une femme que pendant le dernier mois de sa grossesse fut atteinte de variole et qui huit jours après sa guérison, accoucha prématurément d'un enfant présentant des taches et des pustules.

« Dans les nombreuses varioles que j'ai soignées pendant la grossesse je n'ai pas eu l'occasion jusqu'ici de faire une semblable remarque. Par contre, j'ai remarqué un grand nombre de cas dans lesquels les femmes atteintes de variole ont mis au monde des enfants complètement indemnes quoique nourris par la mère ; une semblable immunité s'est rencontrée pour la vaccine.

« Les éleveurs de moutons utilisent de semblables remarques pour épargner des milliers de brebis, et comme Rieker l'a remarqué, les agneaux de 700 brebis pleines eurent l'immunité contre le charbon lorsque les mères furent vaccinées pendant leur grossesse. »

Citons encore les conclusions de Chambrelent (Thèse de Bordeaux, 1882) sur les recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta.

1° « Les éléments figurés très petits, tels que ceux de la maladie connue sous le nom de choléra des poules, passent à travers le placenta et peuvent être retrouvés en petite quantité, il est vrai, dans le sang du fœtus dont les mères ont été inoculées pendant la gestation.

2° Ces faits nous permettent de nous rendre compte comment il peut exister des cas de variole fœtale.

3° La vaccination de la mère, pratiquée pendant la grossesse, peut procurer au fœtus l'immunité vaccinale. »

La clinique vient également à l'appui de cette opinion et permet de constater fréquemment des accidents syphiliti-

ques chez des enfants issus de mères ayant contracté la syphilis pendant leur grossesse ; les observations qui accompagnent notre travail viennent ajouter encore leur part de témoignage.

Autre fait. — On sait qu'un enfant peut venir au monde syphilitique de par son père, la mère restant saine. Or, dans ce cas, Colles a fait remarquer l'immunité que présente cette même mère vis à vis de la syphilis : elle est devenue complètement réfractaire, ce qui entraîne l'admission d'une infection entière ou vaccinatrice préalable. Cette infection serait donc allée du fœtus à la mère, du placenta fœtal au placenta maternel, il y aurait donc eu passage ; mais tantôt cette infection engendre une syphilis atténuée, imperceptible, a dit Diday, « ne différant de la santé que par un point, l'inaptitude du sujet à subir de nouveau l'imprégnation syphilitique constitutionnelle. » Tantôt, au contraire, cette syphilis par conception offre la même gravité que toute syphilis acquise.

Ce qu'il nous paraît intéressant de retenir dans ces résultats, c'est que la syphilis existe chez la mère ; imperceptible ou non, latente ou apparente, il n'en existe pas moins un état réfractaire spécial. Il en est de même pour l'enfant venu au monde sans lésions apparentes, quoique issu d'une mère syphilitique, même en pleine période secondaire. Profeta fait remarquer l'état réfractaire dans lequel se trouve cet enfant, qui, bien que ne présentant aucun symptôme, ne peut être ultérieurement contaminé par sa mère. Dans ce cas, aussi, il faut bien admettre que cet enfant se trouve en possession d'une syphilis imperceptible,

latente, et personne n'ignore la conclusion pratique que l'on a tiré, à savoir, de ne laisser allaiter un enfant né dans ces conditions que par sa propre mère.

Force est bien d'admettre dans l'un et l'autre cas, une infection à un degré quelconque, et par suite le passage de l'un à l'autre du principe morbide ; enfin Caspary a confirmé cette infection en inoculant sans succès la syphilis à une femme qui, restant indemne en apparence avait mis au monde un enfant syphilitique.

On a cité toutefois certaines exceptions, au nombre desquelles nous mentionnerons celles de Guibout et de Kanke.

Comment concilier tous ces faits et expliquer toutes ces différences ? Bien que l'interprétation de ces faits n'entre pas absolument dans la limite de notre sujet et qu'il soit bien téméraire à nous de nous engager dans une voie si pleine d'hypothèses et d'incertitudes, nous ne pouvons nous défendre de la tendance à chercher dans les théories modernes un secours qui nous paraît précieux.

La connaissance des virus a conduit à la recherche de leur partie active, spécifique, et pour un certain nombre, l'agent pathogène a été isolé. Très contestés, ces infiniment petits ont cependant conquis droit de cité. De leur étude, de celle de leurs mœurs, de leurs moyens de reproduction, des conditions *sine quâ non* de leur activité, on a été conduit à rechercher à quoi pouvait être due la différence dans leur action, et quelles pouvaient être les conditions dans lesquelles leur puissance nocive, tantôt si funeste, pouvait par contre devenir si bénigne et même si bienfaisante ; c'est ce qui a constitué peut-être la plus belle découverte moderne, celle de l'atténuation des virus.

Pasteur a montré combien, suivant les circonstances, pouvait varier la propriété nocive de ces micro-organismes.

Que de recherches et de travaux ont découlé depuis ! Ainsi pour le charbon, Arloing et Cornevin ont établi que l'introduction directe du virus dans le sang n'engendrait pas la maladie et conférait même l'immunité, tandis que ces mêmes bactéries, non seulement devenaient mortelles si elles se trouvaient déposées dans le tissu conjonctif, mais même procuraient un sang fœtal contenant lui-même des bactéries et devenu virulent. Le tissu conjonctif n'est-il pas la porte d'entrée dans le mode de contagion ordinaire du charbon, et personne ne met en doute la gravité de cette maladie. C'est le procédé d'atténuation suivant le mode d'introduction, mais l'exemple le plus connu de ce mode d'atténuation se rapporte à la variole.

Revenant à notre sujet et continuant à nous placer sur le terrain parasitaire, ne peut-on pas se demander si dans le vaste champ thérapeutique que les divers modes d'atténuation des virus ont ouvert, il ne serait pas possible de trouver l'explication de la bénignité de cette syphilis qui, quoique le plus souvent latente, entraîne parfois l'immunité ? Transmise du fœtus à la mère, c'est par le placenta qu'elle a pénétré, par le sang placentaire qu'elle a été introduite et pourrait être comparée à l'introduction directe dans le sang. L'analogie paraît donc bien grande avec ce que nous avons mentionné plus haut pour la bactérie charbonneuse.

Mais alors, comment expliquer la gravité de l'infection inverse, c'est-à-dire la gravité de la syphilis post-conceptionnelle, transmise également par le sang et allant dans ce cas de la mère au fœtus ; cette gravité nullement contestée,

mise du reste en évidence par les observations que nous citons plus loin et dans la majorité desquelles l'enfant n'a eu qu'une vie plus ou moins éphémère?

L'enfant ou plutôt le fœtus, dira-t-on, offre une résistance moins grande, c'est vrai, mais cela peut-il suffire? Que se passe-t-il, en effet, dans les cas de syphilis infantile acquise même à l'âge le plus tendre de la vie, dans les cas de syphilis dite au passage, ou dans ceux de syphilis acquise un, deux, trois mois après la naissance et communiquée, soit par la nourrice, soit par tout autre intermédiaire? Comment évolue-t-elle? Nul doute que l'évolution ne se fasse avec une plus grande intensité que si elle évoluait chez un adulte, et personne n'ignore que les âges extrêmes de la vie sont des facteurs puissants de gravité de la syphilis. Malgré cela n'y a-t-il pas une gravité spéciale pour le cas de syphilis *in utero*, une gravité intéressant les modes spéciaux de nutrition du fœtus. Pour notre part, nous aurions de la tendance à l'admettre, car la syphilis infantile est loin d'avoir à son actif une mortalité aussi grande que celle qui nous occupe.

Si, d'autre part, nous la comparons à la syphilis par conception, la différence paraît beaucoup plus grande, et pourtant toutes deux traversent le placenta et ont pour véhicule le même élément. Il est vrai que le virus syphilitique n'a pas pénétré de la même manière. En effet, dans ce dernier cas, c'est-à-dire dans le passage de la mère au fœtus, le sang a bien été le véhicule, mais ici, l'agent pathogène qu'il charrie n'a pas pénétré directement dans le sang, c'est-à-dire qu'il y est arrivé par la voie lymphatique après avoir pénétré dans le tissu conjonctif.

Le professeur Neisser fait intervenir le facteur quantité « la gravité supérieure de la syphilis héréditaire tient à la quantité de virus qui a envahi tout à coup l'organisme. »

Nous avons rappelé plus haut que de faibles quantités de micro-organismes pathogènes, introduits successivement dans un organisme, peut-être suivant certains modes, peuvent produire une maladie mitigée, conférant l'immunité ultérieure contre l'inoculation virulente.

La clinique nous en fournit la preuve par l'acclimatement à une maladie contagieuse, cette introduction successive et à petites doses d'un principe morbide amenant un ensemble de modifications par lesquelles un individu devient apte à vivre dans un milieu donné. Ce serait un état comparable à celui procuré par les vaccinations et les revaccinations.

La syphilisation n'a été en somme que la mise en pratique de ces observations faite par la clinique. Quoique tombée en désuétude cette méthode avait été tentée par Auzias-Turenne et Van Bœck.

Depuis Chauveau, Arloing, Cornevin et Thomas ont obtenu la préservation du charbon symptomatique par l'inoculation successive de très petites doses.

En résumé que de lacunes, et de ténèbres pour l'explication de tous ces faits cliniques ! N'y a-t-il pas d'autres facteurs ? Le mode de culture, et ici l'organisme maternel représente le bouillon de première culture, le terrain sur lequel cet agent morbide se développe pourraient être invoqués ; mais nous n'avons pas à citer tous les modes d'atténuation des virus et si nous en avons énuméré quelques-

uns au sujet de la syphilis, c'était pour y chercher dans cet ensemble l'explication de toutes les variantes que l'on trouve. L'étude plus approfondie de ces organismes microscopiques réserve certainement bien des surprises et à mesure qu'ils seront plus connus, bien des faits encore inexpliqués s'éclairciront.

Dans la transmission sanguine, il peut se faire que le mode de pénétration soit le plus puissant, il peut se faire que l'enfant *in utero* soit plus sensible à l'agent virulent, qu'il y ait une gravité spéciale tenant à la quantité de microbes eux-mêmes, envahissant le nouvel être et exerçant sur la nutrition en général une influence des plus funestes, en tous cas c'est à la quantité de sang introduite que l'on attribue les résultats positifs obtenus par Straus et Chamberland. Nous avons vu en effet, que s'il n'y avait plus de doute sur la contagiosité du sang, il était démontré toutefois que son pouvoir contaminant était bien moindre, et que d'autre part la masse placentaire n'était pas une barrière infranchissable.

Le système circulatoire qui s'établit entre la mère et le fœtus est pourvu de capillaires, s'adossant, s'enchevêtrant entr'eux, mais ne s'abouchant jamais. Il y a intrication des deux placentas maternel et fœtal. Les deux ordres de capillaires, quoique parfaitement clos et indépendants, sont disposés pour permettre par osmose ou transsudation les échanges nutritifs de la mère au fœtus, mais capables aussi de lui apporter des germes virulents, la syphilis dans le cas qui nous occupe.

Les expériences de Straus et Chamberland ont encore montré que dans le même utérus, certains fœtus n'étaient pas

atteints alors que d'autres l'étaient. Tout concorde donc à dire que le placenta laisse passer les micro-organismes, et avec la dernière donnée il deviendrait possible d'expliquer le plus grand nombre de variétés soit de la syphilis par conception, soit de la syphilis par hérédité, voire même le cas d'immunité.

Mais tout est loin d'être dit sur la transmission syphilitique ; d'un autre côté le champ d'expérience sur l'atténuation des virus marche à pas de géant et bien des points obscurs de cet immense livre ne seront plus sans réponse : ce jour là le praticien sera maître de la syphilis.

Nous rejetons nos conclusions après les observations, voulant faire suivre celles-ci d'un tableau synoptique qui en est pour nous la justification.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I

Service de M. Fournier. Grossesse de 2 mois, chancre induré extra-génital contracté, apparu à un mois et demi. Accouchement à 7 mois et demi. Enfant meurt le même jour.

La nommée Sophie B., 22 ans, sans profession, entre le 5 février 1881 à l'hôpital Saint-Louis.

Mariée, elle a déjà trois enfants dont deux sont vivants et bien portants. Le deuxième est venu vivant à huit mois et demi ; a eu une fausse couche attribuée à la fatigue, l'enfant est mort quelques heures après.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents strumeux.

Fièvre typhoïde il y a 5 ans. Pas d'alcoolisme.

Mari bien portant.

Au commencement de février se trouvant enceinte de 2 mois environ elle vient nous montrer une gerçure située à la lèvre inférieure du côté gauche datant d'une dizaine de jours, et allant en s'étendant.

Le diagnostic porté a été : chancre induré, non marital, d'origine inconnue. Contamination accidentelle.

15 jours après adénopathie sous-maxillaire gauche, indolente, qui persiste encore.

Quinze jours après roséole, aujourd'hui confluyente surtout à la partie antéro-inférieure du tronc. Aspect bleuâtre de l'éruption.

Fièvre syphilitique vespérale depuis trois semaines. Algidité. Céphalalgie violente le soir et surtout la nuit. Insomnie.

Anorexie complète. Amaigrissement. Courbature. Prostration.

La malade prend des pilules de protoiodure depuis 15 jours.

26 février. — La malade sort, ne présentant plus d'accidents.

19 juillet. — La malade accouche à 7 mois et demi d'un enfant qui est mort 10 heures après. Il ne portait aucune tache, ni ulcération sur le corps.

L'accouchement s'est fait facilement (présentation céphalique). La mère, bien portante d'ailleurs, ne présente en ce moment aucun accident.

Plus tard la mère ayant été revue, voici les renseignements qu'elle nous donne, renseignements qui quoique ne rentrant pas dans le sujet de notre thèse, offrent cependant un certain intérêt.

En mai 1883, c'est-à-dire 18 mois après, la même malade accouche d'un enfant venu à terme et sain.

Nous devons faire remarquer qu'il y avait eu 15 mois de traitement pendant lesquels il n'y a eu qu'une seule poussée de syphilis amygdalienne.

Actuellement la petite aura 3 ans, fin mai, elle n'a jamais présenté d'accidents ni de rachitisme; son poids est normal.

Présente toutefois une certaine anomalie de la dentition, telle que absence de canines supérieures latérales, grosseur énorme des incisives supérieures qui sont espacées.

Cette anomalie de la dentition est-elle suffisante pour faire supposer la syphilis héréditaire ?

OBSERVATION II

Grossesse de deux mois environ. Chancre apparu à la même époque.

Accouchement à terme. Enfant syphilitique.

(Observation particulière, communiquée par M. le professeur Fournier).

M^{me} W... vient consulter le 4 mars 1874.

Bons antécédents personnels. Bien réglée normalement. A eu ses dernières règles à la fin de décembre. Elle se trouve donc enceinte de deux mois environ.

État actuel. — Simple érosion indurée de la petite lèvre gauche, parcheminée. Adénopathie peu prononcée.

Legrand

25 mars. — Chancre induré, bien accusé, en voie de disparition.
Adénopathie faible.

Syphilide papuleuse. Au début, une grosse papule à la cuisse.
Papules naissantes dans les mains.

30. — Va mieux.

17 septembre. — Accouche, à terme, d'une petite fille.

12 décembre. — L'enfant est malade depuis huit jours. On constate des syphilides papulo-érosives péri-anales.

6 janvier. — L'enfant, soigné, est bien amélioré.

17 avril. — L'enfant continue à aller bien.

19 mai. — L'enfant meurt de fluxion de poitrine à l'âge de six mois.

RÉFLEXIONS. — L'enfant est venu à terme; probablement grâce au traitement. Il n'a pu toutefois venir indemne.

OBSERVATION III

Service de M. Fournier. Grossesse de cinq mois et demi. Syphilides datant de trois mois. Accouchement prématuré à sept mois et demi d'un enfant mort-né.

La nommée B. D..., 20 ans, blanchisseuse, entre le 21 mars 1880 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier.

Antécédents. — Strumes chez elle et chez ses frères et sœurs. Fièvre typhoïde. Réglée à 12 ans. Menstruation régulière. Mariée à 17 ans.

Première enfant venue à terme, à 18 ans. Bien qu'élevée au biberon, l'enfant se porte bien. Pas de fausse couche depuis.

État actuel. — La malade, apportée sur un brancard, est pâle, chétive et maigre. Sueurs nocturnes. Toux très fréquente, mais n'expectore que très peu. Angines fréquentes ayant causé une demi-surdité à gauche. Depuis deux mois et demi, angine plus forte, puis

apparition pour la première fois de boutons à la vulve. Ce sont des chancres indurés. Dernières règles vers le commencement du mois d'octobre. Elle est donc enceinte de cinq mois et demi. Du reste, depuis un mois environ, elle sent remuer son enfant.

Céphalalgie frontale droite, surtout la nuit, datant de deux mois environ. Roséole. Syphilides opalines de l'amygdale gauche, ulcéreuses de l'amygdale droite. Croûtes dans le cuir chevelu.

Traitement. — Pilules protoiodurées. Sirop iodure de fer.

1 mai. — La malade vomit tous les jours, aussi remplace-t-on les pilules par les frictions.

10 mai. — Plus d'aphonie. État général bien amélioré.

20 mai. — Depuis quelques jours douleurs vives dans le ventre. Elle ne perd ni en blanc ni en rouge.

26 mai. — Le repos et les cataplasmes ont fait cesser toute douleur. Malgré cela, la malade ne sent plus remuer, n'a plus de vomissements.

7 juin. — Douleurs depuis cette nuit. Accouchement rapide à deux heures de l'après-midi d'un enfant mort-né.

L'arrêt de développement est manifeste. Les os du crâne sont mobiles, les uns sur les autres, et donnent, sous le cuir chevelu, la sensation de noix dans un sac.

OBSERVATION IV

Service de M. Fournier. — Grossesse de 4 mois. Chancre apparu à 3 mois. Avortement à 4 mois et demi.

La nommée Marie L..., 21 ans, entre le 17 mars 1883, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit n° 30, dans le service de M. le professeur Fournier.

Pas d'antécédents héréditaires.

Mariée à 20 ans. — Le mari à l'époque de son mariage a eu une éruption généralisée sur tout le corps pour laquelle il a été soigné au régiment.

Antécédents personnels. — Pas de strumes. Alcoolisme, se dit très altérée, mais prétend n'avoir jamais fait d'excès de boissons.

Tremblement nerveux. — Prolapsus utérin depuis 7 mois.

Réglée à 14 ans et demi, elle a toujours été mal réglée.

Un enfant, il y a 7 mois, venu à terme. Mort à 6 mois et demi de la petite vérole.

Pas de fausses couches.

Actuellement, n'est plus réglée depuis 4 mois.

Il y a trois semaines seulement, la malade s'est aperçue d'un bouton siégeant sur la grande lèvre droite. — A été mercredi dernier à la consultation de Lariboisière, d'où on l'a envoyée à Saint-Louis. — Traitement antérieur nul.

Etat actuel. — Chancre sur la portion vaginale prolobée. — Pléiade ganglionnaire dans les aînes. Induration croûteuse au niveau de l'extrémité de la grande lèvre droite.

Papules érosives à la face externe de la petite lèvre du même côté.

Syphilides croûteuses disséminées sur le cuir chevelu.

Rien à la gorge, etc., etc.

Amaigrissement très marqué depuis un mois. — Pas de sueurs nocturnes. — Rien aux sommets.

Traitement. — Pilules de protoiodure. Liqueur de Labarraque.
Poudre d'oxyde de zinc.

23 mars. — Avortement à 4 mois et demi.

RÉFLEXION. — Il faut, pensons-nous, attribuer la gravité de cette syphilis au facteur alcool.

OBSERVATION V

Grossesse de 7 mois environ. Premiers accidents apparus pendant la grossesse à 3 mois et demi, accouchement à 7 mois environ. — Enfant manifestement syphilitique qui meurt le lendemain.

(Observation citée par Dianu (Thèse de Paris, 1868, page 44).

P..., 42 ans, entre le 4 septembre 1868, dans le service de la clinique.

Antécédents. — A eu 3 enfants nés à terme, se portant tous bien.

S'est, elle-même, toujours bien portée et n'a jamais eu de boutons.

Bien réglée normalement. — Les dernières règles remontent au 10 février 1868. — Elle est donc enceinte de près de 7 mois.

Pas d'accident pendant sa grossesse.

Fin mai. — Apparition de boutons sur les parties génitales, elle est soignée pour cela à Lourcine. En sort non guérie.

Etat actuel. — A son entrée à l'Hôpital des Cliniques on constate roséole syphilitique et syphilides muqueuses vulvaires et périanales.

4 septembre. — Accouche le jour même de son entrée, d'un garçon bien conformé de 7 mois environ, respire à peine. — Son corps est couvert de taches de purpura. — Meurt le lendemain.

OBSERVATION VI

Service de M. Fournier. — Grossesse de 8 mois. — Chancre induré de la grande lèvre gauche survenu au quatrième mois. — Reste de roséole. — Accouchement à huit mois.

La nommée Magdeleine L..., ouvrière, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Fournier le 20 mars 1880.

Antécédents. — Légers antécédents strumeux. — Réglée à 18 ans. — Menstruation indolente et régulière — jamais de retard. — Pas de fausses couches.

La malade a vu ses règles pour la dernière fois à la fin de juillet. — Elle est donc enceinte de plus de huit mois. — L'enfant remue bien.

Depuis deux mois, maux de têtes frontaux, principalement la nuit, — pâle, tousse un peu, mais l'auscultation ne révèle rien.

A eu les premiers boutons à la vulve il y a quatre mois.

Etat actuel. — L'appétit est conservé. — En ce moment peu d'accidents cutanés, sauf quelques traces de roséole ancienne.

Légère adénite inguinale et rétro-cervicale double. Périostite costale droite depuis un mois.

Sur la grande lèvre gauche traces de chancre syphilitique à base indurée en voie de réparation avancée. Un peu plus haut se trouve une papule amoindrie à base parcheminée. Végétations péri-vulvaires abondantes. Sur la cuisse gauche une papule.

Pas de croûtes dans les cheveux, malgré cela le derme est très sensible et la malade souffre en se peignant. — Pas de perte de cheveux, mais en revanche depuis deux mois les poils du pubis deviennent rares, chétifs, grêles, malades ; il y a une sorte d'alopécie pubienne très marquée, due soit à la quantité prodigieuse de poux qui la couvrent, soit à la syphilis.

2 avril. — Avant-hier dans la nuit, douleurs de rein. Lavement laudanisé, malgré cela les douleurs continuent, on passe la malade dans la salle de travail où l'accouchement se fait facilement le 1^{er} avril, par conséquent à la fin du huitième mois. — Pas de métrorrhagie. Suites de couches faciles.

Enfant. — L'enfant était petit, maigre, ridé, violacé sur le corps, la face et les extrémités rouges et froides. Ne présente pas de taches sur le corps, ne veut pas prendre le sein, aussi lui donne-t-on du lait à la cuillère.

Il s'éteint sensiblement, sans convulsion, en se refroidissant graduellement et meurt le deuxième jour.

9 avril. — La malade rentre dans la salle Saint-Thomas ne présentant qu'une leucorrhée abondante.

OBSERVATION VII

(Service de M. Fournier. Grossesse de cinq mois. Deux chancres indurés de la lèvre inférieure datant d'un mois. Accouchement à sept mois.

La nommée Eugénie S..., 17 ans, passementière, entre le 1^{er} avril 1880, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier.

Antécédents. — Parents bien portants. Pas de maladies antérieures. Pas d'antécédents strumeux.

Réglée à 11 ans. Menstruation très régulière.

A eu ses règles pour la dernière fois il y a cinq mois environ, et c'est sa première grossesse.

N'a jamais rien eu au point de vue spécifique.

État actuel. — Présente deux boutons à la lèvre inférieure qui ont apparu il y a à peu près un mois. A cette époque, ils ont débuté par deux petites écorchures sur la lèvre inférieure de chaque côté de la ligne médiane. La malade avait déjà de petits ganglions sous-maxillaires, mais avec ces deux boutons, ceux du côté droit ont grossi et sont devenus durs et indolents à la pression et du volume d'une noix. Aujourd'hui, la lèvre inférieure est épaissie et soulevée en avant par la présence de deux nodosités dures; la face supérieure est formée par la muqueuse plus rouge et en avant par des croûtes jaunes et minces. Elles sont constituées par l'induration de l'accident primitif.

Quelques syphilides papulo-croûteuses et même hypertrophiques sur les deux lèvres.

Amygdales volumineuses, rouges, mais sans syphilides opalines.

Traitement. — 1 pil. de protoiodure. V. qq. Liq. de Labarraque. P. oxyde zinc.

1^{er} juin. — Accouchement à sept mois.

7 juin. — L'enfant est prodigieusement petit. Les jambes sont de

la grosseur du doigt. Il présente des lésions syphilitiques des ongles. N'a pas augmenté de poids, 1750 gr.

La mère a eu des syphilides papulo-érosives vulvaires assez intenses.

Syphilides amygdaliennes.

Grosse adénopathie sous-maxillaire.

OBSERVATION VIII

Syphilis contractée au quatrième mois de la grossesse.

Accouchement de deux jumeaux sains.

Mémoire de Charléoni. Citée dans les *Annales de Dermatologie*
(Tome V, années 1873-1874, p. 293).

Le 16 juillet 1873, entrant dans le service du professeur Chiara, une jeune fille de 22 ans, gravide et syphilitique.

Les dernières menstrues ayant paru à la fin de janvier 1873, elle se dit enceinte de six mois environ et fait remonter le début de l'infection syphilitique au mois de mai de la même année, époque à laquelle elle avait quitté le père de son enfant pour se jeter dans les bras d'un amant.

Examen local. — Ulcère induré occupant toute la fosse naviculaire, un autre au devant de l'anus et à droite.

Les lésions syphilitiques se multiplient tous les jours.

10 août. — On prescrit le traitement spécifique.

21 septembre. — Le travail commence, mais le col présente une grande rigidité.

22 septembre. — La rigidité persistant, le professeur Chiara fait des débridements. Le travail peut ainsi se continuer et la mère expulse deux fœtus, l'un asphyxié au passage, l'autre vivant.

Les deux fœtus ainsi que le placenta étaient exempts de lésions syphilitiques.

Rien sur le corps. Pas d'accidents généraux.

Est soumise au traitement.

Du 1^{er} au 15 décembre la cicatrisation des chancres marche rapidement, mais une induration volumineuse persiste toujours.

18 février 1880. — Revient à la visite. Les indurations persistent toujours à un haut degré. Le traitement est continué.

4 mars. — Accouche normalement et à terme d'un enfant qui n'a vécu que huit jours. Il ne présentait aucune tache spécifique ; du volume ordinaire d'un enfant à terme, il ne pouvait malgré cela prendre le sein et meurt d'affaiblissement progressif.

OBSERVATION XIV

(Service de M. Fournier).

Grossesse de 5 mois. — Deux chancres indurés apparus il y a 8 jours. —
Accouchement à terme. — Enfant mort.

La nommée Marie M..., couturière, 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Fournier, le 16 novembre 1880.

Elle présente deux ulcérations vulvaires qui sont diagnostiquées chancres syphilitiques ; ces ulcérations datent de six jours. Pléiade ganglionnaire très manifeste.

Elle a un enfant de quinze mois qui se porte bien.

C'est sa deuxième grossesse ; la suppression de ses règles remonte au 10 juin, elle se trouve donc enceinte de 5 mois.

La malade demande à sortir.

20 janvier 1881. — La malade s'est présentée déjà plusieurs fois à la consultation, mais rentre définitivement le 28 janvier.

Elle présente :

1° Deux chancres indurés postérieurs à la grossesse ;

2° Acné de la face ;

3° Zona à larges pustules occupant l'avant-bras, le dos de la main et la région palmaire ; a été moulé.

La grossesse a été pénible et douloureuse ; a eu deux légères hémorragies pendant cette semaine et a un écoulement en blanc très abondant. Le vagin est rempli de pus.

La malade approche de son terme et a eu cette nuit des douleurs comme pour accoucher.

Depuis un mois la malade ne sent plus remuer.

2 février. — Ce matin, la malade a senti son enfant remuer, et à l'auscultation on entend très nettement les battements du fœtus.

3 février. — Elle monte à la salle Saint-Ferdinand pour accoucher, mais c'est une fausse alerte.

4 février. — Rentre à la salle Henri IV.

10 mars. — Revient à la salle Saint-Ferdinand où elle accouche à terme. Les couches ont été assez pénibles. L'enfant est venu au monde mort-né.

19 mars. — La malade rentre à la salle Henri IV et va bien.

OBSERVATION XV (Résumée).

Grossesse de 5 mois et demi. — Chancres indurés à 4 mois et demi. —
Accouchement à 7 mois et demi. — Enfant mort-né.

Observation prise dans le service de M. Fournier par M. Percheron,
Interne (1870).

(Citée par Cernatesco. Thèse de Paris, 1875).

M. E..., 21 ans, domestique, entre à Lourcine le 11 janvier 1870.
Enceinte de 5 mois et demi.

Etat actuel. — Ulcération à la vulve.

Diagnostic. — Chancre induré considérable de la grande lèvre gauche. Syphilides papulo-érosives. Adénopathie peu marquée. —
Traitement.

9 mars. — Le chancre est cicatrisé. Accouche dans la journée d'un enfant mort-né. L'accouchement s'est fait à 7 mois et demi.

OBSERVATION XVI

Service de M. Fournier. Grossesse de 6 mois. Syphilis contractée vers le cinquième mois de la grossesse. Accouchement à 8 mois. — Enfant microscopique qui meurt.

La nommée Eugénie R..., 18 ans, fleuriste, entre le 25 mars 1882 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, lit n° 15, dans le service de M. Fournier.

Cette femme est d'une bonne santé habituelle, elle a été réglée à 13 ans, et l'a toujours été régulièrement.

Dernières règles le 22 septembre 1881. Elle se trouve donc enceinte de six mois.

A ce moment la malade n'avait aucune des lésions qui l'amènent à l'hôpital.

Elle contracte la gale en janvier 1882 et passe à la frotte le 7 mars. En même temps, c'est-à-dire il y a trois semaines, elle remarque du gonflement de la grande lèvre gauche.

Etat actuel. — Il y a quinze jours apparition de quatre ulcérations indurées, qui sont diagnostiquées chancres syphilitiques de la face interne de la grande lèvre gauche.

L'on constate en outre un gros ganglion dans l'aîne correspondante.

Pas de phénomènes généraux.

Rien encore sur le corps, si ce n'est des traces d'éruptions scabieuses.

Sort de l'hôpital le 29 avril. — Le traitement est continué pendant quinze jours.

26 mai. — La malade rentre à Saint-Louis dans le service de M. Olivier, et y accouche le lendemain 27 à trois heures du matin.

L'accouchement a lieu au huitième mois.

L'enfant est remarquable par sa petitesse excessive.

Les jambes sont moins grosses qu'un médius ordinaire, il a un

aspect cachectique au suprême degré. La voix est étouffée, les cris éteints.

Muguet dès le deuxième jour, très abondant aujourd'hui, il a le facies agonique.

Au cou, éruption tellement décolorée qu'il est impossible de l'apprécier.

L'enfant n'a tété que le premier jour.

Cet aspect de l'enfant contraste avec l'aspect de la mère qui est une femme assez robuste et de bonne apparence.

OBSERVATION XVII (Résumée)

Service de clinique de Paul Dubois. — Grossesse de 7 mois. — Chancre induré buccal dans le cinquième mois.

Accouchement à 8 mois et demi.

L'enfant meurt à huit jours. — Lésion syphilitique.

Observation tirée des *Annales des maladies de peau*, 4^e année, 4^e vol.

Citée par Moret, thèse 1875, p. 60.

22 juin. — Une femme enceinte de 7 mois se présente le 22 juin à la clinique d'accouchement pour y être admise.

Dix-huit mois auparavant elle y avait été admise et y était accouchée d'un enfant vivant et bien portant. Elle montre une plaie occupant la partie moyenne de la lèvre inférieure et datant de deux mois. Sa grossesse était donc de cinq mois environ. Les divers moyens avaient échoué pour la guérir.

Examinée plus à fond, on constate :

Roséole sur tout le tronc.

Chute des cheveux.

Syphilides vulvaires.

La femme est donc manifestement syphilitique et cela récemment.

Pour éclairer le diagnostic, quant à l'époque probable du début de la syphilis, M. Ricord est appelé. Son avis est que la plaie de la

OBSERVATION IX (résumée).

Service de M. Lancereaux. — Grossesse de six mois. — Chancre buccal apparu au 4^e mois. — Traitement suivi. — Accouchement à huit mois. — Mort de l'enfant 15 jours après sa naissance.

(Observation communiquée par M. Ch. Remy, et citée par Moret. — Thèse 1875, p. 53).

La nommée Marie T..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital de Lourcine le 17 avril 1874, dans le service de M. Lancereaux.

17 avril 1874. — Elle raconte qu'il y a environ sept semaines, elle s'est aperçue de l'existence, sur le bord de la lèvre inférieure à gauche, d'un petit bouton, à surface lisse et brillante, saillant, du volume d'un pois.

Le diagnostic porté est chancre buccal induré avec ganglion sous-maxillaire peu développé du côté correspondant.

Roséole datant de 15 jours.

Cette femme est enceinte de six mois.

Les accidents secondaires suivent leur cours et le traitement est exécuté.

6 juin 1874. — Accouchée à 1 heure du matin, à 8 mois. Le chancre commence à se cicatriser.

L'enfant est très petit et ne peut téter.

22 juin 1874. — L'enfant meurt.

OBSERVATION X

Service de M. Fournier. — Grossesse de cinq mois. — Chancre apparu au 4^e mois. — Accouchement d'un fœtus mort à 7 mois et demi.

Observation recueillie par M. Martinet, interne de M. Fournier, citée par Cernatesco. Thèse de Paris, 1875.

La nommée S... S., âgée de 26 ans, entrée dans le service le 15 avril 1873. — Se dit malade depuis un mois pour une affection qui

fut d'abord traitée à l'hôpital Beaujon pendant trois semaines. Elle quitte cet hôpital pour aller demander son admission à Lourcine.

Cette malade est enceinte de 5 mois.

Actuellement les organes génitaux sont très tuméfiés ; vers la partie inférieure de la grande lèvre gauche on trouve une énorme exulcération tout à fait superficielle.

La partie exulcérée fait une saillie assez notable, elle est supportée par une base indurée évidente. La partie absolument lisse, couleur chamois, demi-livide, est entourée par un tissu de cicatrice récent. La lésion est donc en voie de réparation. Accidents catarrhaux de grossesse. — Dans l'aîne droite, quelques ganglions indolents. Rien encore sur le corps.

Diagnostic. — Un large chancre infectant la base de la grande lèvre gauche, élevé, proéminent.

1^{er} juillet. — Accouchement d'un enfant mort à 7 mois et demi.

OBSERVATION XI

Service de M. Fournier. — Grossesse de 4 mois et demi. — Chancre apparu à 4 mois et demi — Accouchement à 8 mois et demi — Enfant syphilitique malgré le traitement.

La nommée Marie M., 26 ans, lingère, entre le 25 novembre 1881 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, dans le service de M. le professeur Fournier.

Bonne santé habituelle — Pas d'antécédents héréditaires ou strumeux, première grossesse à l'âge de 22 ans, normale. L'enfant vit et se porte bien.

Deuxième grossesse en février 1881, à l'âge de 25 ans. Les dernières règles sont en effet interrompues depuis cette époque.

Les premiers mois se passent sans accidents à noter. La malade n'a plus de rapports sexuels. Cette bonne résolution cède malheureusement le 8 mai, devant un séducteur, vieux, provincial et alcoolique. Elle se trouvait alors enceinte de 3 mois et demi environ.

Ils vivent alors maritalement pendant 3 mois et tout allait pour le mieux quand vers le 30 juin elle sentit qu'elle avait quelque chose aux parties génitales.

Ecoulement abondant verdâtre, puis douleurs cuisantes. Inquiète, elle se confie à un pharmacien qui lui prescrit seulement des injections.

26 juin. — L'amélioration ne se faisant pas sentir, la malade vient le 26 juin à la consultation du Dr Guibout. Reçue dans son service, elle est traitée jusqu'au 26 novembre pour la syphilis. Le diagnostic de chancre syphilitique est porté dès le début.

Apparurent ensuite des syphilides cutanées et amygdaliennes.

Le traitement consista en deux pilules de protoiodure par jour. — Sirop d'iodure de fer et vin de quinquina.

17 octobre. — La malade accouche spontanément ; tout se passe bien.

26 novembre. — La malade sort de la salle de M. Guibout et entre le même jour salle Henri IV. Reçue simplement pour y être traitée elle et son enfant de la gale, on s'aperçoit en examinant attentivement l'enfant qu'il y a autre chose que la gale.

La mère, interrogée, éclaire sur les antécédents donnés plus haut.

Etat actuel. — L'enfant présente au menton et au pourtour de la bouche de petites syphilides papuleuses cuisantes, à l'anus deux syphilides papulo-érosives. Rien à la gorge, aux pieds aux mains.

Le tibia droit est fortement incurvé et assez épaissi.

L'enfant tète bien, mais crie beaucoup. — Coliques et diarrhée.

22 janvier 1882. — Examinés au moment de leur sortie, l'enfant, âgé de trois mois, présente une syphilide papulo-croûteuse du sourcil.

— La mère n'a plus rien de spécifique pour l'instant.

OBSERVATION XII

Grossesse de 5 mois et demi. — Chancre à 4 mois et demi. — Accouchement à 8 mois et demi. — Enfant syphilitique qui meurt au bout de deux jours.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1880). — M. Cornil. — Résumée).

M..., âgée de 16 ans et demi, entre à Beaujon le 30 novembre dans le service de M. Frémy.

Bonne santé habituelle. Bien réglée.

Au mois de mars, dernières règles. Les premiers mois se passent sans accident.

Fin juin. — Est contaminée par un autre que le père de l'enfant.

20 juillet. — Apparition des chancres.

Fin août. — Roséole, syphilides.

20 novembre. — Accouche d'une petite fille, très chétive.

Pas d'éruption sur le corps.

Meurt au bout de deux jours.

L'autopsie faite par M. Cornil dénote des lésions viscérales dues à la syphilis.

OBSERVATION XIII

Grossesse de 6 mois. — Chancre apparu à 4 mois et demi. — Accouchement à terme. — L'enfant meurt au bout de 8 jours.

La nommée Joséphine F..., 27 ans, entre le 29 novembre 1879 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier.

A eu ses dernières règles le 1^{er} juin; se trouve donc enceinte de près de 6 mois.

A son entrée l'on constate trois chancres indurés dont le début paraît remonter vers le 15 octobre.

lèvre inférieure a été l'accident primitif et l'origine de toutes les manifestations subséquentes. Pour lui, la syphilis datait de deux mois.

7 août. — La malade est prise des douleurs de l'enfantement et accouche spontanément dans la soirée.

L'enfant meurt au bout de huit jours. Il avait plusieurs bulles de pemphigus.

OBSERVATION XVIII

Service de M. Fournier. — Grossesse de six mois. — Chancre induré apparu au cinquième mois de la grossesse. — Accouchement à huit mois et demi. Enfant mort depuis quinze jours.

La nommée Tr...., 20 ans, modiste, entre dans le service de M. Fournier, le 16 février 1881.

Antécédents. — Pas d'antécédents strumeux. Réglée à 13 ans. Menstruation régulière. Fausse couche le 14 juillet 1880 — cause inconnue. Au mois d'août, redevient enceinte et actuellement elle se trouve enceinte de 6 mois.

20 février 1881. — Bonne santé habituelle et aucun antécédent spécifique ni chez elle ni chez son mari, lorsque ce dernier contracta la syphilis il y a environ quatre mois et demi, c'est-à-dire vers le 8 novembre 1880.

Deux mois après, sa femme le croyant guéri a des rapports avec lui et une quinzaine de jours après ces rapports, elle constate sur la grande lèvre gauche une petite vésicule qui laisse après elle une ulcération légère.

Elle contracte donc un chancre induré au cinquième mois de sa grossesse.

État actuel. — Chancre induré large occupant toute la face antérieure de la grande lèvre gauche.

Adénopathie inguinale minime, presque nulle.

Le traitement spécifique est suivi à l'hôpital.

29 avril. — Accouche à 8 mois et demi d'un enfant qui paraît mort depuis une quinzaine de jours environ.

Cette observation est très concluante parce qu'elle précise bien la date de l'infection de la mère et l'intoxication de l'enfant.

OBSERVATION XIX

Service de M. Fournier. — Grossesse de 7 mois. Roséole. — Syphilide secondaire. Accouchement normal. Enfant sain en apparence. — Meurt à 4 mois et demi.

La nommée Clotilde P..., 21 ans, employée, entre le 18 janvier 1879, dans le service de M. le professeur Fournier. Antécédents strumeux, depuis son enfance, elle est soumise à l'huile de foie de morue.

Bien réglée normalement. Ses dernières règles remontent au mois de juin. — Elle se trouve donc actuellement enceinte de 7 mois environ. — C'est sa première grossesse.

Il y a six semaines, elle consulte pour ses boutons un médecin qui a soumis au traitement spécifique. — Depuis ont apparu la roséole, des syphilides vulvaires et péri-anales.

26 janvier. — Malaise général. — Pas d'appétit. — Insomnie.

31 mars. — Accouche d'un enfant de belle apparence, pesant 3100 grammes. Enfant sain, du moins en apparence. — Exeat.

4 avril. — La malade rentre dans le service. — L'enfant est toujours bien portant. — La mère a beaucoup maigri, elle nourrit elle-même son enfant.

26 avril. — L'enfant continue à se bien porter.

30 juillet. — Depuis 7 semaines, la mère a cessé de nourrir son enfant. Confié à une autre nourrice qui le nourrit au biberon. — Peu de temps après il lui survient alors des rougeurs, des éruptions spécifiques.

Depuis dimanche l'enfant tombe malade et dépérit rapidement.

La mère l'amène dans la salle. Enfant très pâle, yeux excavés. — grande diarrhée.

Sur les membres inférieurs, existent à la face interne des cuisses et

des jambes, des plaques rosées, presque confluentes. — Quelques tubercules cutanés, rouge sombre. — Plaque érythémateuse sur les cuisses.

Traitement. — Frictions pour l'enfant.

Pilules de protoiodure et iodure de potassium pour la mère.

6 août. — L'enfant est toujours souffreteux. — Vomit tout, et meurt le lendemain matin.

A l'autopsie on constate des lésions syphilitiques des viscères. — Pleuro-pneumonie à gauche.

9 août. — La mère s'est bien améliorée.

OBSERVATION XX

Service de M. Fournier. Grossesse de 7 mois et demi, chancre à 6 mois.
Accouchement à 8 mois environ, l'enfant meurt 15 jours après:

La nommée Emilie V..., 21 ans, repasseuse, entre à l'hôpital Saint-Louis le 28 février 1882, salle Henri IV.

Parents bien portants, deux frères morts jeunes, quatre sœurs en bonne santé, quoique d'un aspect chétif, a eu vers l'âge de 14 ans une poussée de psoriasis.

Réglée à 16 ans, l'a toujours été régulièrement. Se marie le 9 novembre 1881, mais avait noué des relations avec son mari dès le mois de juin.

Dernières règles dans le courant du mois de juillet.

Elle n'a jamais rien remarqué d'anormal dans la santé de son mari qui présente seulement quelques boutons sur le visage. Il y a un mois et demi cette femme a éprouvé une démangeaison persistante au niveau du capuchon du clitoris. Bientôt à cette même place succèdent quelques petites ulcérations accompagnées de douleur.

La malade va consulter un médecin qui lui fait appliquer des cataplasmes et de la pommade mercurielle.

Enfin il y a dix jours apparition de l'éruption qui amène la malade à l'hôpital.

Etat actuel. — Au premier abord, l'on aperçoit la roséole, quelques syphilides papuleuses discrètes en pleine évolution, disséminées sur le visage et sur le front de la malade, rien dans les cheveux.

En faisant déshabiller cette jeune femme on aperçoit des syphilides de cette même variété et des taches de roséole sur le cou, le dos,

L'examen de la région vulvaire fait découvrir l'accident primitif encore en vigueur.

Pléiade ganglionnaire développée surtout à gauche.

Avant-hier encore la malade a senti les mouvements de son enfant. La grossesse est de sept mois et demi.

Comme phénomènes généraux on relate un peu d'abattement, un peu de fièvre, pas de céphalée, pas de douleurs dans les membres.

Au toucher, le col est tout à fait ramolli et assez entr'ouvert pour laisser pénétrer l'extrémité de l'index. Ecoulement leucorrhéique vaginal abondant.

La malade n'a commencé le traitement antisypilitique que depuis trois jours.

10 mars. — La malade ressent les premières douleurs de l'accouchement ; elle passe à la maternité le même jour et accouche le lendemain matin d'une fille, venue presque à terme (8 mois environ).

L'accouchement s'est fait assez facilement.

Cinq minutes après l'expulsion de l'enfant la délivrance s'opère.

L'enfant a respiré et crié tout de suite, mais faiblement, du moins d'après le récit de la mère.

L'enfant est très petit, ne pèse que 1,630 grammes, n'a pu prendre le sein que pendant 2 jours.

La peau est bleuâtre, froide et squameuse. Les rides de la face lui donnent un air vieillot.

Il meurt le 19 mars 1882.

OBSERVATION XXI

Service de M. Fournier. — Grossesse de 7 mois. Chancre apparu au sixième mois. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique.

La nommée G.-G. H..., 21 ans, mécanicienne, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 24, le 11 novembre 1881.

Bons antécédents. Bien réglée normalement, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 14 avril 1881. Elle est donc enceinte de 7 mois. C'est sa deuxième grossesse.

Le premier enfant a deux ans et demi et se porte bien.

Depuis un mois la malade a remarqué une écorchure et de l'enflure de la grande lèvre droite. Le diagnostic porté est : chancre syphilitique très probable.

Etat actuel. — L'on constate le restant de ce chancre, et à la base de la grande lèvre droite une série de syphilides érosives, sèches actuellement.

Taches rosées sur les cuisses. — Roséole très nette sur le tronc.

D'après le dire de cette malade, ces accidents remonteraient à 4 ou 5 semaines.

15 janvier. — La malade accouche à terme, tout se passe bien. L'enfant n'a encore rien d'apparent, au point de vue spécifique.

Mars. — Depuis le mois de mars l'enfant présente des syphilides muqueuses aux lèvres. Aujourd'hui ces plaques sont nettement accusées. Syphilides papulo-érosives péri-anales. L'enfant paraît d'assez bonne constitution et nourri par la mère qui est cependant chétive, maigre. La mère présente aujourd'hui des syphilides buccales et gutturales.

26 juillet. — Plaques muqueuses à la commissure labiale gauche, sur l'enfant.

Syphilides buccales et gutturales sur la mère.

Le traitement est toujours suivi.

15 novembre 1882. — La mère présente aujourd'hui des syphilides papulo-érosives buccales et linguales. Rien sur le corps.

Quant à l'enfant, syphilides labiales confluentes. Rien également sur le corps.

1^{er} février 1882. — La mère amène ses deux enfants. Le second a toujours des syphilides buccales nombreuses. Quant à l'aîné (3 ans), l'on constate un chancre parcheminé de la lèvre inférieure à gauche. Ganglion de l'angle de la mâchoire (exemple de syphilis domestique).

Contagion de par la mère ou la sœur.

OBSERVATION XXII

Grossesse de 7 mois. — Chancre apparu à 6 mois. — Accouchement normal à terme. — Enfant sain.

(Observation communiquée par M. Bar. — citée par M. Boureau (thèse de Paris 1879, p. 24).

Marie G..., salle Saint-Clément, Lourcine, n° 26.

Entrée à l'hôpital le 28 octobre 1877.

Enceinte de sept mois. Syphilis d'origine inconnue, mais les premiers accidents n'ont apparu qu'il y a un mois.

Actuellement chancre induré sur la grande lèvre droite.

Ganglions inguinaux indurés.

Roséole marquée surtout sur l'abdomen.

Accouchement normal à terme d'un enfant qui suivi pendant deux mois n'a jamais présenté trace de syphilis.

OBSERVATION XXIII

Grossesse de 8 mois. Chancre apparu au 6^e mois. — Accouchement normal à terme. Enfant sain.

(Observation communiquée par M. Bar et citée par Boureau (Thèse de Paris, 1879, page 24).

Marie J..., 22 ans, salle Saint-Clément, n° 20, Lourcine, entre à l'hôpital le 6 décembre 1877.

Enceinte de 8 mois. — Deux mois et demi avant son entrée, a eu des relations avec un autre individu que le père de son enfant.

Quinze jours après, apparition des premiers accidents.

Plaques vulvaires, roséole, papules sur le cou.

Accouchement normal à terme d'un enfant non syphilitique. Cet enfant a été suivi pendant deux mois et n'a jamais présenté trace de syphilis.

OBSERVATION XXIV

Service de M. Fournier. — Grossesse de 6 mois et demi. — Chancre infectant apparu à 6 mois. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique.

La nommée P... Charlotte, domestique, 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 9 mars 1885.

9 mars 1885. — Pas d'antécédents héréditaires.

Bien réglée depuis l'âge de 19 ans.

Pas d'enfants ni de fausses couches.

Dernières règles, fin août 1884. Elle se trouve donc enceinte de 6 mois et demi.

S'est aperçue depuis une quinzaine de jours de boutons aux parties génitales. C'est ce qui l'amène à l'hôpital.

A l'examen, l'on constate deux chancres indurés, l'un situé sur la lèvre gauche, l'autre situé sur la petite lèvre droite et ne se corres-

pendant pas. Les lèvres sont congestionnées par l'effet même de la grossesse, ce qui donne aux chancres des bords saillants qui pourraient en imposer au premier abord pour des chancres simples.

Les pléiades inguinales sont très nettes.

On institue le traitement.

23 mars 1885. — La roséole apparaît. — L'enfant remue.

6 avril. — La malade a de violentes douleurs dans le ventre ; au toucher le col n'est cependant pas dilaté.

Lavements laudanisés ; les douleurs continuent, et la malade reste dans la menace d'un avortement.

31 mai. — Accouche régulièrement à la maternité de Saint-Louis.

L'enfant ne présente pas de lésions spécifiques. Il pèse 5 livres.

26 juin. — L'enfant pèse 3 kilog. et demi.

30 juillet. — L'enfant n'augmente pas de poids, il est souffreteux, à cette époque apparaissent des papules sur les fesses et les cuisses.

Depuis il s'en est produit d'autres à la plante des pieds, d'un rouge sombre, bien accentuées, autour de l'anus.

Ces dernières sont bien spécifiques.

10 août. — Les syphilides cèdent au traitement et disparaissent.

9 septembre. — L'enfant perd toujours de son poids : il présente une peau livide, la face grimaçante, ridée comme un petit vieillard.

22 décembre. — La mère veut sortir de l'hôpital. — L'enfant meurt le lendemain.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXV

Service de M. Fournier. Grossesse de huit mois. Syphilides. Accouchement à terme. Enfant mort.

La nommée Caroline L..., 34 ans, domestique, entre le 3 juin à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier.

Rien dans les antécédents à noter.

Mariée le 1^{er} septembre 1879, elle devient enceinte immédiatement après son mariage.

A partir de la fin du mois de novembre, elle est, dit-elle, délaissée par son mari jusqu'au mois de mars 1880.

Le 2 mars (date précise) eut lieu entre les deux époux une réconciliation aussi complète que possible. La malade se trouvait alors enceinte de six mois et bien portante.

Or, vers le 15 ou 20 avril, c'est-à-dire un mois et demi après la réconciliation (enceinte alors de sept mois et demi), apparaissent successivement des syphilides papulo-hypertrophiques péri-anales (chancre passé inaperçu), syphilides papulo-érosives vulvaires, alopecie, douleurs frontales et temporales, maux de gorge, éruption papuleuse sur le corps, enfin syphilide pigmentaire du cou.

La grossesse n'en suit pas moins une marche régulière, et l'accouchement a lieu à terme le 28 mai 1880.

L'enfant est mort-né.

La sage-femme aurait dit que la mort devait remonter à plusieurs jours.

Cette observation n'est pas absolument concluante, car ce pourrait être une syphilis par conception.

OBSERVATION XXVI

Service de M. Fournier — Grossesse de 8 mois — Chancre apparu à 6 mois et demi — Accouchement à 8 mois et demi — Enfant mort,

La nommée Anna L., couturière, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 13, le 3 février 1883.

Antécédents strumeux, — mal aux yeux, adénites cervicales pendant son enfance — Se porte bien maintenant, pas d'accidents de la grossesse. Réglée à 16 ans, a eu ses règles pour la dernière fois le premier juin 1882.

Est malade depuis un mois et demi suit un traitement antisypilitique depuis 15 jours environ.

Pas de maux de tête la nuit — Pas de fièvre, mais sueurs nocturnes abondantes.

Etat actuel. — On remarque à la naissance de la petite lèvre gauche vers le clitoris, une ulcération paraissant assez profonde, à bord serpiginoux, mais décrivant, quand on étale les parties, un cercle assez irrégulier, ses bords ne sont pas taillés à pic, mais indurés et lardacés.

Le fond à la périphérie est rouge, brillant, uni. Au centre, il est sanieux, gris jaunâtre, non alvéolaire et la suppuration ne semble pas abondante.

Cette ulcération se prolonge d'ailleurs sur la partie du clitoris qui est située en face, de façon à former dans son ensemble une ulcération en feuillet de livre. Le clitoris n'est plus guère perceptible.

Sur la partie droite de ce qui est sans doute le capuchon du clitoris il y a une ulcération superficielle de 5 à 8 millim. de diamètre environ, reposant sur une base indurée.

Erosions superficielles, arrondies, à fond rouge, formant par leur réunion de larges plaques à bords serpiginoux à la face interne des deux grandes lèvres.

Autre érosion arrondie, herpétiforme, située un peu en arrière de la fourchette.

Diagnostic porté : chancres indurés multiples.

Gros ganglion dans l'aîne gauche un peu douloureux, dur, un autre un peu plus haut.

Sur le corps cicatrices nombreuses que la malade rapporte à la variole.

Elle sent son enfant remuer — Le traitement antisypilitique lui est ordonné et suivi.

18 février. — La malade accouche spontanément, elle n'est qu'à 8 mois et demi de sa grossesse. — L'enfant est mort.

22 mars. — La femme quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXVII

Service de M. Fournier. Grossesse de 7 mois. Chancres naissants, accouchement à terme. — L'enfant meurt au bout de 5 semaines :

La nommée Sophie Th., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 3 décembre 1879.

Bons antécédents, surtout au point de vue spécifique. Premier accouchement, il y a environ deux ans d'un enfant sain, mort des convulsions à l'âge de 14 mois environ.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, cette malade présente à la partie supérieure de la vulve à gauche une érosion de la largeur de l'ongle, sans bords, lisse, fortement parcheminée : c'est le type du chancre. Au-dessus près de l'entrée du vagin, deux érosions lenticulaires qui sont probablement des chancres naissants.

Adénopathie inguinale gauche, moyenne comme développement, indolente.

A eu ses règles pour la dernière fois au commencement du mois de mai ; elle est donc enceinte de 7 mois.

7 janvier. — L'induration persiste. Roséole.

Traitement. — Tous les jours 2 pilules de protoiodure de mercure, sirop iodure de fer.

2 février. — La malade accouche à terme d'une petite fille qui pèse 6 livres $1/2$ et ne présente rien de spécifique tout d'abord. Les suites de couches sont normales.

11 février. — L'enfant présente vers le neuvième jour de l'érythème inter-fessier. Bien qu'ayant augmenté un peu de poids, l'enfant meurt âgé de 5 semaines environ.

OBSERVATION XXVIII

Grossesse de 8 mois. — Chancre induré contracté au commencement du huitième mois. Accouchement à terme. — Enfant syphilitique.

(Observation de M. Chabaliér, citée dans la *Gazette médicale de Lyon*, 1864, p. 252) (*In extenso*).

« Le 5 octobre 1863, M^{me} X.... vint me consulter pour une affection de la vulve qui, à première vue me présenta tous les signes les plus caractéristiques du chancre induré. Il en existait trois, un à chaque petite lèvre, et un troisième disséquant le clitoris. Très réguliers, un peu oblongs, à bords lisses et arrondis, de couleur chair de jambon, nullement anfractueux ni déchiquetés, mais de niveau avec la muqueuse environnante, ils étaient accompagnés de la pléiade ganglionnaire inguinale bi-latérale et ne laissaient aucun doute au sujet du diagnostic.

C'étaient, je puis le dire, trois chancres indurés types.

Je fis part à la malade de mon opinion qui fut pour elle comme un coup de foudre. Elle était mariée. Son mari en voyage, depuis 5 mois n'étant venu passer qu'un seul jour auprès d'elle, le 28 août, et ce ne peut être qu'à cette époque que M^{me} X.... pourrait faire remonter la cause de son mal ; elle se rappela en effet avoir aperçu dans le bagage conjugal de la charpie, et une fiole dont elle s'explique maintenant la valeur.

Je la soumis à un traitement d'abord purement local avec la poudre de calomel, et quelques jours après, voyant que la cicatrisation n'avait pas de tendance à se produire, j'ordonnai 40 pilules de protoiodure de mercure en commençant par 2 par jour. Vingt pilules furent prises, et le traitement général et local cessa le 30 octobre, époque à laquelle M^{me} X..., étant enceinte, arriva au terme de sa grossesse.

L'enfant, du sexe masculin, ne portait aucune trace de lésion syphilitique et d'altération générale.

Je crus pourtant prudent d'avertir la mère de la possibilité, peu probable, il est vrai, mais pouvant exister de l'infection de son en-

fant et des conséquences qui pourraient survenir relativement à la nourrice. Il fut convenu que l'enfant serait nourri au biberon, ce qui eut lieu pendant quelques jours. Mais, sollicitée vivement par sa famille qui ignorait la cause d'une pareille décision, une nourrice fut amenée, et jusqu'à la septième semaine rien ne survint. Peu rassuré pourtant, j'avais prié la mère de bien veiller sur son enfant, d'examiner chaque jour la bouche, et de m'avertir dès qu'elle verrait quelque chose d'anormal.

Les suites de couches furent très bonnes pour M^{me} X..., lorsqu'elle se leva, les chancres étaient cicatrisés et un mois après M^{me} X. partit pour l'Italie rejoindre son mari. L'enfant fut confié aux soins de sa grand-mère.

Au bout de sept semaines, je fus appelé pour constater chez l'enfant une éruption papulo-vésiculeuse générale, surtout aux fesses, des plaques muqueuses aux bourses et sous la langue de chaque côté du filet, ainsi qu'un coryza des plus intenses. Je fis cesser l'allaitement par la nourrice et j'ordonnai la liqueur de Van-Swieten. Au bout de quinze jours, plaques muqueuses et éruptions avaient disparu, excepté le coryza qui persiste encore.

En même temps que son enfant, M^{me} X... voyait à la même date, pendant son voyage, survenir chez elle des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus, qui furent cautérisées par son mari lui-même avec le crayon de nitrate d'argent. Tout est guéri maintenant chez la mère, mais chez l'enfant, des ulcérations laryngiennes survinrent, et il mourut après avoir offert un dépérissement rapide causé, soit par la maladie, soit par le mode d'alimentation. »

OBSERVATION XXIX

(Service de M. Fournier).

Chancre induré apparu dans le courant du 8^e mois. — Accouchement à terme. — Enfant syphilitique.

La nommée H..., 29 ans, ménagère, entre le 2 avril 1882 dans

la salle Henri IV, lit n° 5, dans le service de M. le professeur Fournier.

Antécédents. — Malade strumeuse. Adénopathie sous-maxillaire douloureuse. Ophthalmie ancienne.

Cinq enfants et deux fausses couches.

Des 5 enfants, 4 sont vivants.

Un est mort-né.

Le dernier a deux mois, et dès le deuxième jour ont débuté les syphilides dont il est atteint en ce moment. Il est né le 1^{er} février 1882.

La malade raconte qu'elle a eu des relations pour la dernière fois pendant sa grossesse le 11 décembre 1881 et que ce n'est qu'une quinzaine de jours après qu'elle s'est aperçue d'un bouton sur le bord antérieur de la grande lèvre gauche, c'est-à-dire c'est vers la fin de décembre qu'est venue la première érosion qui paraît avoir été un chancre induré. Elle était en ce moment à la fin du huitième mois de sa grossesse ; l'enfant, en effet, venu à terme, est né le 1^{er} février 1882.

Au moment du dernier rapport sexuel, le mari de la malade avait depuis trois semaines environ une écorchure soignée avec l'iodoforme.

On aperçoit aujourd'hui les traces de l'accident primitif ; l'adénopathie est à droite, mais ne présente pas de caractères très nets.

Dans les derniers jours de la grossesse sont apparues quelques manifestations légères du côté de la peau ; mais c'est huit jours après l'accouchement que s'est montrée l'éruption confluente qui persiste encore aujourd'hui.

État actuel. — Syphilides varioliformes, confluentes, très discrètes sur les membres inférieurs. En plusieurs points, la lésion élémentaire a les caractères et l'ombilication de la pustule variolique. Au niveau de l'abdomen et des seins, elles sont remarquables par leur plus grande dimension.

Syphilides érosives de la bouche.

Voix rauque.

Pas de syphilides vulvaires ou péri-vulvaires, anales ou péri-anales.

État de l'enfant. — Agé de deux mois et demi, il est d'assez bonne apparence, tête bien. Il est atteint de syphilides papuleuses confluentes à teinte jaunâtre très prononcée.

Cette éruption est apparue le deuxième jour de la naissance.

OBSERVATION XXX

Service de M. Fournier. — Syphilis contractée au huitième mois de la grossesse. — Mélange de syphilis et de chancre simple. — Enfant syphilitique.

La nommée Adèle S..., 25 ans, manouvrière, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 9 janvier 1880, dans le service de M. le professeur Fournier.

9 janvier 1880. — Pas de maladies antérieures.

Antécédents. — Quatre grossesses, pas de fausses couches.

Premier enfant mort à six semaines, de la cholérine.

Les trois autres sont bien portants.

Dernier accouchement le 1^{er} novembre 1879. — Apparition du chancre syphilitique, trois semaines seulement avant l'accouchement, c'est-à-dire au bout de huit mois.

Pendant les derniers temps de la grossesse de sa femme, le mari attrape un chancre induré à la verge et c'est cinq ou six jours après l'apparition de l'érosion, dans les derniers rapports avant les couches, qu'il infecte sa femme.

Accouchement. — La malade a fait ses couches le 1^{er} novembre. Tout s'est bien passé, et l'enfant paraissait sain et bien portant lorsqu'au bout d'une huitaine de jours apparaît une roséole avec de petites plaques rondes aplaties et une sorte d'éruption érythémateuse et papuleuse généralisée.

L'enfant devient ensuite souffreteux et plaintif.

Depuis, le mari a eu deux chancres mous qui ont du reste déterminé une adénite suppurée.

Un mois après l'accouchement, il y eut un seul rapport entre les deux époux et la femme fut gratifiée de chancres mous, dont l'apparition vint trois jours après le contact.

Janvier. — Le traitement est établi. A l'examen, la femme présente uné roséole persistante généralisée. Quelques croûtes dans les cheveux. Rien à la gorge.

Autour de l'anus et de la vulve et sur les fesses se trouvent des ulcérations pour lesquelles M. Fournier se décide à pratiquer l'inoculation.

L'opinion de M. Fournier est que la malade a contracté la syphilis pendant la grossesse, et les chancres mous après son accouchement. (Ulcération vulvaire). La malade présente en outre un chancre du col. Le mari prétend toujours n'avoir pas eu de rapports depuis le huitième mois de la grossesse de sa femme; mais sa femme dit le contraire, et sa version paraît la plus vraisemblable.

La malade affirme n'avoir jamais observé ni ressenti de taches, ni de boutons nulle part avant son accouchement, et cependant sa roséole est généralisée et encore très marquée, mais déjà se transforme en syphilides luisantes, à reflet cuivré ou rosé, en un mot, elle est ancienne. De plus, toute trace de chancre a disparu. Donc, en tenant compte de l'incubation, de la durée normale du chancre, de la durée normale de la roséole, apparue il y a un mois et demi, on arrive à un total de cent dix à cent vingt jours, comme date la plus proche possible du chancre. Or, l'accouchement n'a eu lieu que depuis soixante-quinze jours.

Les chancres mous contractés, au contraire, le trente et unième jour après les couches, sont apparus le trente-troisième et durent encore.

12 janvier. — Les trois inoculations fournissent aujourd'hui trois chancres mous typiques que l'on détruit avec la pâte carbo-sulfurique.

20 janvier. — L'enfant va bien mieux, les plaques ont disparu même dans les plis cutanés et dans les jarrets. L'état général est bon.

Chez la mère, les syphilides sont à peu près disparues, et les chancres sont en bonne voie de réparation.

24 janvier. — La malade sort très améliorée, elle doit continuer en ville le traitement spécifique pour elle et son enfant, et doit venir à la consultation tous les mardis.

N° des observ.	Origine des observations	Accident du début	Epoque de la grossesse à laquelle est apparu le chancre	Age de la grossesse	Traitement	Résultat de la grossesse
1	Fournier	Chancre	4 mois $\frac{1}{2}$	2 mois	Suivi	Accouchement à 7 mois $\frac{1}{2}$. Enfant meurt 10 heures après.
2	id.	id.	2 id.	1 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.
3	id.	Roséole	2 id. $\frac{1}{2}$	5 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à 8 mois. Enfant mort-né.
4	id.	Chancre	3 id.	4 m.	»	Avortement à 4 mois $\frac{1}{2}$.
5	Dianu	Chancre	3 id. $\frac{1}{2}$	7 m.	»	Accouchement à 7 mois. Enfant syphilitique, meurt le lendemain.
6	Fournier	Chancre et Roséole	4 id.	8 m.	»	Accouchement à 8 mois révolus. Enfant syphilitique, meurt le 2 ^e jour.
7	id.	Chancre	4 id.	5 m.	»	Accouchement à 7 mois. Enfant prodigieusement petit.
8	Chiara	Chancre	4 id.	6 m.	»	Accouchement à terme. Enfant sain.
9	Lancereaux	Chancre	4 id.	6 m.	»	Accouchement à 8 mois. Enfant meurt au bout de 15 jours.
10	Martinet	Chancre	4 id.	5 m.	»	Accouchement à 7 mois $\frac{1}{2}$. Enfant mort.
11	Fournier	Chancre	4 id. $\frac{1}{2}$	4 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à 8 mois. Enfant syphilitique.
12	Cornil	Chancre	4 id. $\frac{1}{2}$	5 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique, meurt au bout de 2 jours.
13	Fournier	Chancre	4 id. $\frac{1}{2}$	6 m.	»	Accouchement à terme. Enfant meurt au bout de 8 jours.
14	id.	id.	4 id. $\frac{1}{2}$	5 m.	»	Accouchement à terme. Enfant mort.
15	Percheron	id.	4 id. $\frac{1}{2}$	5 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à 7 mois. Enfant mort
16	Fournier	id.	5 id.	6 m.	»	Accouchement à 8 mois. Enfant microscopique qui meurt de suite.
17	P. Dubois	id.	5 id.	8 m.	»	Accouchement à 8 mois $\frac{1}{2}$. Enfant meurt à 8 jours.
18	Fournier	id.	5 id.	6 m.	»	Accouchement à 8 mois. Enfant mort.
19	id.	Roséole	5 id. $\frac{1}{2}$	7 m.	»	Accouchem. à terme. Enf. sain au début, meurt à 4 m. $\frac{1}{2}$. Lésions syphilitiques à l'autopsie.
20	id.	Chancre	6 id.	7 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à 8 mois. Enfant meurt 15 jours après.
21	id.	id.	6 id.	7 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.
22	Bar (thèse de Boureau	id.	6 id.	7 m.	»	Accouchement à terme. Enfant sain.
23	Bar	id.	6 id.	8 m.	»	Accouchement à terme. Enfant sain.
24	Fournier	id.	6 id.	6 m. $\frac{1}{2}$	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.
25	id.	Syphilides	6 id.	8 m.	»	Accouchement à terme. Enfant mort.
26	id.	Chancre	6 id. $\frac{1}{2}$	8 m.	»	Accouchement à 8 mois $\frac{1}{2}$. Enfant mort.
27	id.	id.	7 id.	7 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphil. meurt au bout de 5 semaines.
28	Chaballier	id.	8 id.	8 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.
29	Fournier	id.	8 ^e mois	8 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.
30	id.	id.	8 ^e mois	8 m.	»	Accouchement à terme. Enfant syphilitique.

RÉSUMÉ :

Enfants mort-nés ou morts dans les 24 heures	14
Enfants nés syphilitiques et ayant vécu un certain temps.	14
Enfants déclarés sains.	3
	31

Proportion : Enfants sains 1/10.

CONCLUSIONS

De notre travail, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La syphilis contractée par la mère pendant le courant de la grossesse est transmissible au fœtus dans la grande majorité des cas.

2° L'agent pathogène, de nature probablement parasitaire, peut donc passer à travers le placenta.

3° D'après la série d'observations que nous citons, cette syphilis paraîtrait plus grave que celle acquise avant la conception. Un enfant sur 10 environ échapperait à la contagion ; malgré cela nous ne nous croyons pas autorisé, par ce petit nombre de cas, à généraliser la précédente proposition.

4° Il peut se faire que cette transmission puisse s'effectuer pendant toute la durée de la grossesse ; mais nos observations ne nous permettent de l'affirmer que jusque dans le courant du huitième mois : nous reculons donc, dans une certaine mesure, la limite admise par les auteurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- APPAY. — Des maladies communiquées et notamment de la transmission de la syphilis. Thèse de Paris 1876.
- ARLOING, CORNEVIN ET THOMAS. — Compte rendu de l'Académie des sciences, 23 mai 1881, 1882. T. XCII, p. 739.
- BAR. — Contribution à l'étude de l'hydramnios.
- BARBIN. — Influence des diverses maladies et de la syphilis sur la grossesse (Thèse de Paris 1870).
- BLAISE. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique (Thèse d'agrégation 1883).
- BOUREAU. — De l'influence de la syphilis sur la grossesse (Thèse de Paris 1879).
- BOURGEOIS. — Influence des maladies de la femme enceinte sur le fœtus.
- CHABALIER. — Transmission de la syphilis de la mère à l'enfant au huitième mois de la grossesse (Gazette médicale de Lyon 1864, p. 252).
- CHAMBRELENT. — Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta (Thèse de Bordeaux 1882).
- CHARLEONI. — Syphilis dans ses rapports avec la dystocie. Annales de gynécologie 1874. p. 481.
- CERNATESCO. — De la marche et de la durée du chancre syphilitique pendant la grossesse (Thèse de Paris 1875).
- COFFIN. — Etudes cliniques pour servir à l'histoire de l'influence de la syphilis sur la grossesse.
- CORNIL et BABÈS. — Les bactéries.
- CULLERIER. — De l'hérédité de la syphilis (Mémoire de la Société de chirurgie de Paris, 1851, p. 230).
- DELAITRE. — Etude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire (Thèse de Paris 1882).
- DIDAY. — Traité de la syphilis des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle.

- DIANU. — Syphilis chez les femmes enceintes (Thèse de Paris 1868).
- DE SINETY. — Lésions placentaires dans la syphilis héréditaire (Progress médical 1877).
- DUCLAUX. — Microbes et maladies.
- ERCOLANI. — Maladies syphilitiques du placenta (Annales de Tocologie, 1876, p. 366).
- A. FOURNIER. — Syphilis et mariage.
Leçons cliniques sur la syphilis.
- GRAZIANSKI. — Des lésions du placenta et des membranes dans la syphilis congénitale.
- HALLOPEAU. — Eléments de pathologie générale.
- HERVIEUX. — Syphilis placentaire.
Bulletin Académie de médecine, t. VIII, p. 880.
- JACCOUD. — Dictionnaire — Article Placenta.
— — — Syphilis.
— — — Hérédité.
- LANCEREAUX. — Traité sur la syphilis.
- LANGLEBERT. — De la syphilis dans ses rapports avec le mariage.
— Traité théorique et pratique des maladies vénériennes.
- LUTAUD. — Transmission de la syphilis par voie placentaire (Journal des connaissances médicales, 1882).
- MANDRON. — La mère peut-elle transmettre la syphilis acquise pendant la grossesse (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie) 1856, p. 357.
- MARTINEAU et HAMONIC. — Mémoire sur la culture et l'inoculation du microbe de la syphilis (Académie de médecine, 5 septembre 1882).
- MORET. — Manifestations syphilitiques chez les femmes enceintes (Thèse de Paris, 1875).
- MIREUR. — Essai sur l'hérédité de la syphilis.
- NEISSER. — La syphilis bactérienne (Traduit par Diday et A. Doyon) Annales de dermatologie (1885).
- NEUMANN. — Eine Klinische studie zur lehre der Congénitaleu, syphilis.
- NOTTA. — Mémoire sur l'hérédité de la syphilis (Arch. générales de médecine, 1860).

- PELLIZARI. — De la transmission de la syphilis par le sang (Florence, 1862).
- PIQUAUD. — Influence de la syphilis des générateurs sur la grossesse (Thèse de Paris, 1868).
- PRIEUR. — Thèse de Paris, 1851.
- RICORD. — Hérité de la syphilis. Gazette des hôpitaux 1846, p. 13.
- STRAUS et CHAMBERLAND. — Comptes rendus de la Société de biologie 1882, p. 804. 1883 p. 683.
- TROUËSSART. — Microbes et ferments.
- TROUSSEAU. — Leçons cliniques.
- TROUSSEAU et LASÈGUE. — Syphilis du premier âge (Gaz. médicale de Paris 1848, p. 146).
- VIDAL. — De la syphilis congénitale (Thèse d'agrégation, 1860).
- ANNALES DE DERMATOLOGIE. — 1875 à 1885.
- REVUE SCIENTIFIQUE. — Avril 1882. — Septembre 1883. — Août 1884. — Novembre 1884. — Décembre 1884. — Janvier 1885. — Septembre 1885. — Octobre 1885. — Novembre 1885.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
Influence de la syphilis en général sur la grossesse et le fœtus.	8
Influence des deux parents.	11
Influence du père seul.	13
Influence de la mère seule.	15
Le sang d'un syphilitique pris dans la période active de la maladie est-il contagieux?	28
Le placenta est-il une barrière infranchissable?	34
Observations.	44
Tableau résumé.	78
Conclusions	80
Bibliographie.	81

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, PARIS
